

Riikka Halmesmäki

ENSIHOITOHENKILÖSTÖN KOKEMUKSIA SAIRAALAN ULKOPUOLISEN ELVYTYSTAPAHTUMAN JÄLKEISESTÄ DEBRIEFING-KESKUSTELUSTA

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Pro gradu -tutkielma

Toukokuu 2019

TIIVISTELMÄ

Riikka Halmesmäki: Ensihoitohenkilöstön kokemuksia sairaalan ulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeisestä debriefing-keskustelusta

Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden maisteri

Toukokuu 2019

Ohjaajat: TtT, professori Eija Paavilainen ja FT, TtL, dosentti Jari Kylmä

Sairaalan ulkopuolinen sydänpysähdys on yksi merkittävistä terveysongelmista Euroopassa ja Suomessa. Elvytyksen Käypä hoito -suositus ohjaa laadukkaaseen elvytykseen. Suosituksissa ohjataan palautekeskusteluun elvytystapahtuman jälkeen, jotta tapahtumasta voitaisiin oppia. Debriefing-keskustelusta saadulla palautteella näyttäisi tutkimusten mukaan olevan vaikutusta elvytyksen laatuun ja potilaan selviytymiseen. Tutkimusten mukaan elvytystapahtuman jälkeistä debriefingiä ei suosituksista huolimatta käytetä säännöllisesti elvytystapahtumien jälkeen. Elvytyksenjälkeiseen debriefing-keskusteluun osallistuneiden kokemusten mukaan debriefing parantaa yksilöllistä ja ryhmän suoriutumista elvytystapahtumassa. Debriefing elvytystapahtuman jälkeen auttaa prosessoimaan tapahtumaa sekä käsittelemään henkisesti raskaita asioita paremmin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ensihoitohenkilöstön kokemuksia sairaalan ulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeisestä debriefing-keskustelusta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla sairaalan ulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeistä debriefing-keskustelun toteuttamista varten voidaan kehittää strukturoitua mallia ensihoitoon ja täten lisätä elvytyksen laatua sekä potilaiden selviytymistä sydänpysähdyksestä.

Tutkimusaineisto kerättiin keväällä 2019 käyttäen internetkyselyä kolmen sairaanhoitopiirin alueilla työskenteleviltä ensihoitajilta ja kenttäjohtajilta. Kyselyyn vastasi 43 ensihoidon ammattilaista. Kertynyt aineisto analysoitiin hyödyntäen induktiivista sisällönanalyysia.

Ensihoitohenkilöstö kuvasi, ettei elvytyksenjälkeinen debriefing toteutunut jokaisen elvytystapahtuman jälkeen. Debriefingiä toteutettiin pääsääntöisesti tarpeen mukaan joko strukturoidun mallin tai vapaamuotoisen keskustelun keinoin, myös puhelimitse debriefing-keskusteluja oli toteutettu. Kaikki elvytykseen osallistuneet eivät päässeet osallistumaan debriefingiin. Etenkin pelastuslaitosten ensivastehenkilöstön osallistuminen keskusteluihin oli vähäistä. Debriefing-keskusteluissa käytiin läpi elvytys vaiheittain huomioiden hoitotoimenpiteet, ei-tekniset taidot ja elvytyksen laatu. Debriefing-keskusteluissa havainnoitiin onnistumiset, kehittämisen kohteet sekä tunnistettiin virheet. Debriefingin koettiin tukevan sekä yhteisöllistä että yksilöllistä oppimista ja ammatillista kehittymistä sekä ryhmän toimintaa. Debriefing vähensi ensihoitohenkilöstön psyykkistä kuormitusta.

Debriefing-toimintaa kehitettäessä tulisi jatkossa pyrkiä mahdollistamaan myös pelastuslaitosten ensivastehenkilöstön osallistuminen debriefing-keskusteluihin. Debriefing-keskusteluille tulisi varata riittävästi aikaa ja sopiva paikka. Elvytystapahtuman jälkeisessä debriefingissä olisi hyvä olla strukturoitu rakenne, joka lisää debriefing-keskustelun tasalaatuisuutta. Debriefing-keskusteluja tulisi järjestää rutiininomaisesti matalalla kynnyksellä. Debriefing-keskusteluissa tulisi antaa henkilökohtaista palautetta jokaiselle osallistujalle, myös kenttäjohtajalle. Keskusteluista olisi hyvä koota käsitellyt asiat kirjalliseen muotoon, jotta tietoja voitaisiin hyödyntää elvytyskoulutuksissa.

Asiasanat: ensihoitohenkilöstö, kokemus, elvytys, debriefing

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

ABSTRACT

Riikka Halmesmäki: Emergency medical personnel experiences of the debriefing after an out-of-hospital resuscitation event

Master's thesis

Tampere University

Degree programme of health sciences

May 2019

Supervisors: PhD, Professor Eija Paavilainen and PhD, Adjunct Professor Jari Kylmä

Out-of-hospital cardiac arrest is one of the major health problems in Europe and Finland. The Finnish national resuscitation guideline provides criteria for high quality resuscitation. The recommendations guide the debriefing after the resuscitation event to learn from the event. According to the research, the feedback from the debriefing discussion seems to have an impact on the quality of resuscitation and patient survival. Studies have shown that debriefing after a resuscitation event is not used regularly after resuscitation, despite the recommendations. Based on the experiences of the post-resuscitation debriefing, it improves individual and group performance in the resuscitation event. Debriefing after a resuscitation event helps to process the event and to deal better with mentally difficult things.

The purpose of this study was to describe the emergency medical personnel experiences of the debriefing discussion after an out-of-hospital resuscitation event. The aim of the study was to produce information that can be used to develop a structured model for debriefing in emergency medical services and to improve the quality of resuscitation and survival of patients after an out-of-hospital resuscitation event.

The research material was collected in spring 2019 using an online survey. Data was collected from the paramedics and field managers working in the areas of three hospital districts. 43 emergency care professionals responded to the survey. The survey data was analysed using inductive content analysis.

Emergency medical personnel described that post-resuscitation debriefing did not occur after each resuscitation event. Debriefing was implemented by either a structured model or a free-form discussion, and debriefing discussions were also conducted over the telephone. All participants in the resuscitation event were not able to participate in the debriefing. In particular, the involvement of emergency response staff in rescue services was limited. Debriefing discussions were carried out in a step-by-step manner, taking care of treatment measures, non-technical skills and quality of resuscitation. Debriefing discussions showed successes, development targets, and identified errors. Debriefing was seen as supporting both community and individual learning and professional development as well as group activities. Debriefing reduced the mental load of emergency medical personnel.

In developing the debriefing activity, efforts should also be made to enable rescue personnel in rescue services to participate in debriefing discussions. There should be enough time and proper place for debriefing discussions. In a debriefing after a resuscitation event, it would be good to have a structured model that increases the consistency of the debriefing discussion. Debriefing discussions should be routinely organized on a low threshold. Debriefing discussions should give personal feedback to each participant, including the field chief. Things that have been discussed should be written down that the data can be used in resuscitation training.

Keywords: emergency medical personnel, experience, resuscitation, debriefing

The originality of this publication has been ensured by the Turnitin Originality Check-program

Sisällys

1.	JOHDANTO	2
2.	TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1.	Elvytys.....	4
2.2.	Elvytystapahtuman jälkeinen debriefing	7
3.	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
4.	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	11
4.1.	Laadullinen tutkimus.....	11
4.2.	Aineiston keruu.....	12
4.3.	Tutkimukseen osallistujat.....	12
4.4.	Aineiston analysointi.....	14
5.	TUTKIMUSTULOKSET	17
5.1.	Debriefing-prosessi	17
5.1.1.	Debriefingin järjestäminen	18
5.1.2.	Debriefingin toteutus	19
5.1.3.	Debriefing-keskustelujen ilmapiiri	19
5.2.	Kokemukset debriefing-keskustelusta	19
5.2.1.	Kokemukset ensihoidon toiminnan näkökulmasta	20
5.2.2.	Kokemukset ensihoitohenkilöstön näkökulmasta	21
5.2.3.	Kokemukset elvytystapahtuman arvioinnista.....	22
5.3.	Debriefing-toiminnan kehittäminen.....	23
5.3.1.	Debriefing-keskustelun järjestäminen	24
5.3.2.	Debriefing-malli	24
5.3.3.	Debriefing-keskustelun sisältö	25
5.3.4.	Debriefing-keskustelun osallistujien osallisuus	25
5.3.5.	Toiveet vetäjän sosiaalisista vuorovaikutustaidoista	25
5.3.6.	Toiveet vetäjän henkilökohtaisista ominaisuuksista.....	26
5.3.7.	Toiveet vetäjän ammatillisuuteen liittyvistä ominaisuuksista.....	26
6.	POHDINTA	27
6.1.	Tulosten tarkastelu	27
6.2.	Tutkimuksen luotettavuus	31
6.3.	Tutkimuksen eettisyys.....	34
6.4.	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	35

6.5. Jatkotutkimusehdotukset	36
7. LÄHTEET	37

Liite 1. SAATEKIRJE

Liite 2. INTERNET-KYSELYN KYSYMYKSET

1. JOHDANTO

Sairaalan ulkopuolinen sydänpysähdys on yksi merkittävistä terveysongelmista sekä Euroopassa että Suomessa (Virkkunen ym. 2011, Gräsner ym. 2016). Euroopassa sairaalan ulkopuolisten sydänpysähdysten elvytysyrityksiä ensihoitajien toimesta on vuosittain keskimäärin 49 per 100 000 asukasta, Suomessa keskimäärin 51 elvytysyritystä 100 000 asukasta kohden. (Gräsner ym. 2016, Hiltunen 2016). Selviytyminen sairaalan ulkopuolisesta sydänpysähdyksestä on kuitenkin heikkoa, tutkimuksen mukaan Euroopassa elvytyksen jälkeen elossa sairaalasta kotiutuessa tai 30 päivää elvytyksen jälkeen on kaikista elvytetyistä 10,3 %. Suomessa luku on hieman korkeampi, 19,8 %. Vuoden kuluttua elossa on Suomessa kaikista sydänpysähdyspotilaista 13,4 %. (Hiltunen ym. 2012, Hiltunen 2016, Gräsner ym. 2016, Elvytys 2016.)

Elvytyksen laatua on pyritty kehittämään maailmanlaajuisesti muun muassa erilaisin tutkittuun tietoon perustuvin suosituksin. Suositusten pyrkimyksenä on saada sydänpysähdyksestä selvinneiden määrä kasvamaan. Kansainvälinen järjestö International Liaison Committee On Resuscitation (ILCOR) tekee vuosittain katsauksia uusista tutkimuksista, joiden pohjalta luodaan käypä hoito-suosituksia elvytyksen toteuttamiseen. Muun muassa American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC) sekä muut elvytysjärjestöt ovat osa ILCOR:ia, ja tuovat hoitosuositukset eri maiden suosituksiksi omien elvytysneuvostojensa kautta. Suomen Elvytysneuvosto julkaisee elvytyksen Käypä hoito -suositukset suomenkielisinä. (ILCOR 2018, Suomen Elvytysneuvosto 2018, European Resuscitation Council 2018.)

Elvytyksen käypähoito-suositus (2016) antaa kriteerit elvytyksen tekniselle toteuttamiselle, ohjaten esimerkiksi painelussyvyyttä ja painelutaajuutta sekä rintakehän palautumista. Suosituksissa otetaan myös kantaa elvytyksen jälkeiseen hoitoon ja elvytystapahtuman jälkeiseen debriefing-keskusteluun. Elvytystapahtuman jälkeisen debriefing-keskustelun tehtävänä on parantaa elvytyksen laatua, käymällä läpi elvytystapahtumaa oppimistarkoituksissa (Elvytys 2016). Debriefing-keskustelulla sekä palautteen saamisella on todettu olevan merkitystä elvytyksen laadun paranemiseen sekä potilaan selviytymiseen. (Edelson ym. 2008, Jiang ym. 2010, Wolfe ym. 2014, Bleijenbergh ym. 2017.)

Debriefing-keskusteluissa käsiteltävistä asioista tutkimusten mukaan tärkeimmiksi nousevat yhteistyö, kommunikaatio sekä hoitosuosituksiset. Debriefing-keskustelun hyötyinä on nähty muun muassa lisääntynyt kommunikaatio, potilasturvallisuus, uskalluksen lisääntyminen. Debriefing-keskusteluihin osallistuneiden näkökulmasta debriefing on kannattavaa, se vahvistaa ryhmää ja sen jatkuvuudesta tulisi huolehtia. (Berg ym. 2014, Sweberg ym.2018). Elvytystapahtuman teknisen suoriutumisen läpikäyminen debriefing-keskustelussa näyttää lisäävän sydänpysähdyksestä selviytymistä (Steen & Kramer-Johansen 2008).

Kansainvälisesti elvytystapahtuman jälkeistä debriefingiä on tutkittu erilaisissa ympäristöissä, kuten sairaalan sisällä sekä lasten elvytystapahtumien yhteydessä, mutta vähemmän sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa tai ensihoitohenkilöstön näkökulmasta (Zephur ym. 2012, Khpal & Coxwell Matthewman 2016, Mullan ym. 2017). Tutkimusten mukaan elvytystapahtuman jälkeistä debriefingiä ei suosituksista huolimatta käytetä säännöllisesti elvytystapahtumien jälkeen (Eppich ym. 2016, Khpal & Coxwell Matthewman 2016, Carberry ym. 2017). Suomalaista tutkimusta aiheesta on vain hyvin vähän eikä tutkimustietoa löydy ensihoitohenkilöstön näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ensihoitohenkilöstön kokemuksia sairaalan ulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeisestä debriefing-keskustelusta. Ensihoitohenkilöstö koostui sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista, jotka työskentelivät ensihoitoyksikössä joko perus- tai hoitotasolla tai lisäkoulutuksen myötä kenttäjohtajana. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla sairaalan ulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeistä debriefing-keskustelun toteuttamista varten voidaan kehittää strukturoitua mallia ensihoitoon ja täten lisätä elvytyksen laatua sekä potilaiden selviytymistä sydänpysähdyksestä.

2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Kirjallisuushakujen yhteydessä havaittiin, että elvytyksenjälkeistä debriefingiä on tutkittu vain vähän ensihoidon ja etenkin ensihoitohenkilöstön näkökulmasta. Kansallisia tutkimuksia debriefingistä ensihoitohenkilöstön näkökulmasta ei löytynyt. Kirjallisuushakuja tehtiin kansainvälisistä (Cinahl, Medline ja Pubmed) ja yhdestä kansallisesta tietokannasta (Medic). Hakusanoina käytettiin resuscitation, cpr, cardiac arrest, debriefing, feedback, elvytys, palautekeskustelu sekä hakusanojen katkaisumuotoja. Ensihoitajien debriefing-kokemuksiin perustuvia tutkimuksia oli heikosti löydettävissä, joten hakusanoissa ei käytetty ensihoitoa ollenkaan. Hakuja tehtäessä mukaan on valittu vuosien 2008–2019 väliseltä ajalta artikkeleita, jotka ovat englannin- tai suomenkielisiä tieteellisiä julkaisuja. Julkaisujen valinnassa poissuljettiin simulaatioihin tai koulutukseen liittyvät julkaisut, opiskelijoihin tai psykologiseen debriefingiin liittyvät julkaisut, sekä vastasyntyneen elvytyksiin liittyvät julkaisut. Tietokantahakuja täydennettiin käsihaun avulla. Hakujen perusteella mukaan valittiin yhteensä 36 julkaisua.

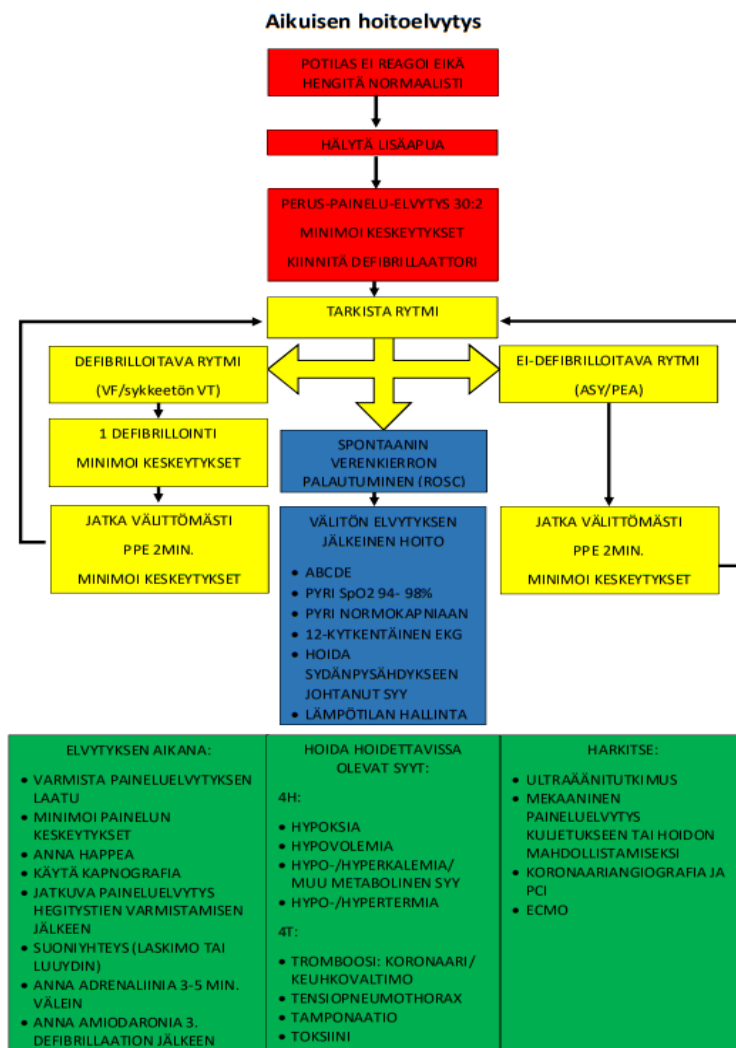
2.1. Elvytys

Elvytys on sarja henkeä pelastavia toimenpiteitä sydänpysähdystä hoidettaessa (Lee 2012). Sydänpysähdystä voidaan epäillä, mikäli potilas ei ole heräteltävissä, eikä hän hengitysteiden avaamisen jälkeenkään hengitä normaalisti. Sydänpysähdykseen voi liittyä ennakko-oireita. Yleisin sydänpysähdyn syy on sepelvaltimotauti. (Elvytys 2016, O'Connor & Cattlin 2018.)

Elvytyksen hoitosuosituksissa on kuvattu korkealaatuisen elvytyksen tunnusmerkkejä, joiden avulla voidaan suorittaa henkeä pelastavaa elvytystä. Ensisijaisena asiana onnistuneessa elvytyksessä on elottomuuden nopea tunnistaminen ja lisäävun hälyttäminen. Hoitoketjun aktivoinnin jälkeen aloitetaan paineluelvytys keskeltä rintalastaa, jonka taajuuden tulisi olla 100–120 painantaa minuutissa. Painelun tulisi olla keskeytyksetöntä ja sen syvyyden tulisi olla 5–6 cm. Paineluelvyttäjää tulisi suositusten mukaan vaihtaa kahden minuutin välein. Puhalluselvytys aloitetaan painannan yhteydessä 30 painannan välein. Puhalluksia annetaan kaksi ja niiden kesto on noin yksi sekunti, siten, että potilaan rintakehä nousee ja laskee puhallusten yhteydessä. (Stiell ym. 2012, Elvytys 2016, O'Connor & Cattlin 2018.)

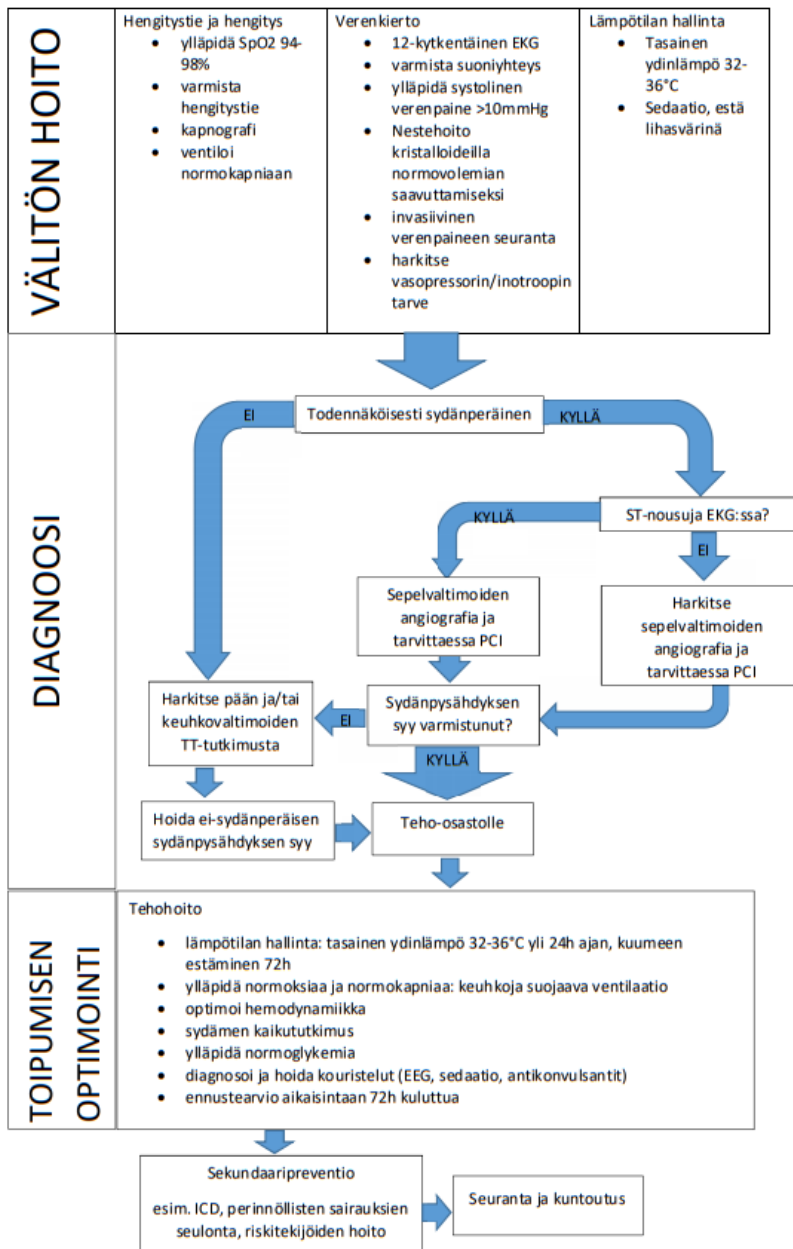
Sydänpysähdyksen syynä voi olla rytmihäiriö, joka pysäyttää sydämen toiminnan. Kammiovärinän ja kammiotakykardian hoitona toimii defibrillaatio eli sähköisku, joka annetaan sydäniskurilla joko maallikon tai ammattilaisen toimesta. Defibrillaatio tulisi suorittaa mahdollisimman nopeasti elottomuuden toteamisen jälkeen. Defibrillaatioiden välillä jatketaan puhallus-paineluelvutystä. (Elvytys 2016, O'Connor & Cattlin 2018.)

Ammattilaisten saavuttua paikalle elvytykseen mukaan tulee lääkehoito sekä ilmatien varmistaminen. Elvytyksen aikainen uloshengityksen hiilidioksidin mittaaminen kuuluu osaksi tehokasta hoitoelvytystä. Elvytyksen hoidossa käytetään lääkkeitä adrenaliinia sekä amiodaronia. Kuviossa 1. on havainnollistettu hoitoelvytyksen toteuttaminen käypä hoito-suositusten mukaisesti. (Abella 2013, Elvytys 2016.)



Kuvio 1. Aikuisen hoitoelvytys (mukaellen Elvytys 2016).

Laadukas sydänpysähdyksen hoito vaatii peruselvytyksen, ilmatievarmistuksen, lääkehoidon sekä defibrillaation lisäksi hyvän elvytyksenjälkeisen hoidon. Elvytyksen jälkeen verta kierrättävän rytmin tukeminen on selviytymisen kannalta tärkeää. Tällöin huolehditaan riittävästä kudoksenverenkierrästä sekä hengityksen tukemisesta. Sydänpysähdyksen syy pyritään selvittämään ja tarvittaessa pyritään saamaan tukkeutuneet sepelvaltimot nopeasti auki infarkttilanteessa. Kuviossa 2. kuvataan elvytyksen jälkeistä hoitoa. (AHA 2015, Elvytys 2016, O'Connor & Cattlin 2018.)



Kuvio 2. Elvytyksen jälkeinen hoito (mukaellen Elvytys 2016).

Tärkeä osa elvytystapahtumaa on myös elvytystiimin toiminta. Tiimin toiminnassa tarkastellaan ei-teknisiä taitoja. Elvytystapahtumalla tulisi suositusten mukaisesti olla johtaja, joka tekee päätöksiä,

huolehtii elvytyksen laadusta ja ohjaa teknistä toteuttamista. Elvytystapahtumassa ei-teknisinä taitoina huomioidaan myös tiimin keskinäinen toiminta ja ryhmän välinen kommunikaatio sekä tehtävähallinta ja tilannetietoisuus (Elvytys 2016). Ei-tekniset taidot ovat tärkeä osa ryhmän toimintaa ja vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Näitä arvioimalla voidaan parantaa ryhmän toimintaa. (Hunziker ym. 2011, University of Aberdeen 2012, Meaney ym. 2013, Cooper & Cant 2014.)

2.2. Elvytystapahtuman jälkeinen debriefing

Debriefingiä eli jälkipuintia voidaan tarkastella kahdesta näkökulmasta. Debriefing voidaan nähdä psykologisena jälkipuintina, joka on alun perin Jeffrey T. Mitchellin pelastushenkilöstön traumaperäisten oireiden ehkäisemiseksi kehittelemä menetelmä, joka pohjautui sotilaiden traumaperäisten kokemusten käsittelyssä hyödynnettyyn menetelmään. Kyseistä menetelmää on laajennettu myöhemmin traumaperäisiin tilanteisiin joutuvien valmentamiseen sekä uhrien omaisten auttamiseen. Suomessa psykologista jälkipuintia käytetään nykyisessä muodossaan osana kriisityötä, jonka tavoitteena on uhrien, omaisten ja työntekijöiden tukeminen kriisin reaktiovaiheessa. (Vainikainen 2010.)

Debriefing voidaan nähdä myös kokemukselliseen oppimiseen liittyvänä menetelmänä, jonka lähtökohdat ovat niin ikään armeijan ja ilmailun puolella. 1970-luvulla kiinnitettiin huomiota ilmailun parissa lentäjien ei-teknisiin taitoihin, joita olivat muun muassa kommunikaatio, koordinointi, tehtävien jakaminen ja johtaminen. Näiden taitojen harjoittelu simulaatiossa vaati jälkipurun eli debriefingin, jossa osallistujat arvioivat suoriutumistaan, mikä meni hyvin ja mikä huonosti, mutta tärkeimpänä asiana se, miksi niin tapahtui. Kriittinen tapahtumien arviointi toimijoiden itsensä arvioimana ja juurisyiden selvittämisenä on oppimista parhaimmillaan. (Dismukes ym. 2006, Gardner 2013.)

Elvytystapahtuman jälkeinen debriefing-keskustelu on elvytyksen jälkeen pidettävä tilaisuus, jossa mukana on elvytystapahtumassa mukana olleet henkilöt. Elvytystapahtuman jälkeinen debriefing on tekniikka, jossa käydään läpi elvytyksen tapahtumia sekä kertynyttä tietoa elvytyksen laadusta strukturoidusti. Debriefingin tarkoituksena on oppia tapahtumasta, ja täten parantaa elvytysosaamista.

Nykyiset elvytyksen hoitosuositukset esittävät debriefingin tärkeäksi osaksi elvytystapahtumaa. (Couper & Perkins 2013, Gardner 2013, Elvytys 2016.)

Elvytystapahtuman jälkeistä debriefing-keskustelua voidaan toteuttaa eri tavoin, muun muassa kuukausittaisilla tai viikoittain tapahtuvilla ryhmäkeskusteluilla, yksilöllisin palautteenantokeskusteluin tai kirjallisesti annetun palautteen avulla (Couper ym. 2016). Elvytystapahtuman jälkeisen debriefing-keskustelun ajankohta voidaan määritellä kahdella tavalla. Kuuma debriefing on välittömästi tai pian tapahtuman jälkeen toteuttava debriefing-keskustelu, jossa yleensä suullisesti käydään läpi elvytystapahtuman yksityiskohtia muistin varaisesti elvytykseen osallistuneen ryhmän kanssa ja automaattisen elvytysdatan avulla (Couper & Perkins 2013, Mullan ym. 2013). Kylmällä debriefingillä tarkoitetaan elvytystapahtuman läpikäymistä esimerkiksi päivien, viikon tai kuukauden viiveellä. Tuolloin palautetta voi saada kirjallisena sekä suullisesti ja mukana voi olla myös tapahtuman ulkopuolisia ihmisiä. Kylmässä debriefingissä voidaan käydä läpi yhteenvetoa asiakirjojen avulla, sekä defibrillaattorista saatavan elvytysdatan avulla. Jopa videoaineiston analysointi on tuolloin mahdollista. (Couper & Perkins 2013, Wolfe ym.2014, Mullan ym. 2017.)

Debriefing-keskustelun vetäjänä voi toimia koulutettu vetäjä tai henkilö, joka on osallistunut aikaisemmin debriefing-keskusteluun ja tuntee keskustelun sisällön. Useimmiten vetäjänä toimii henkilö, joka on saanut esimerkiksi simulaatio-ohjaajan koulutuksen. Vetäjänä voi toimia lääkäri tai hoitaja, joka ei ole toiminut tilanteen johtajana. Vetäjä voi olla myös ryhmän ulkopuolinen henkilö. Kriittiseen tapahtumaan osallistunut ryhmä voi ryhmän kesken keskustella tapahtuneesta debriefing-menetelmää soveltaen. (Kessler ym. 2015, Eppich 2016.)

Debriefing-keskusteluissa tulee pyrkiä käsittelemään toimintaa laajasti eri näkökulmista. Huomiota voidaan kiinnittää tapahtuman päätöksentekoon, tekniseen suoritukseen, ryhmän toimintaan, johtajuuteen, työnjakoon ja kommunikaatioon. Lisäksi elvytyksen aikaista dataa voidaan käydä läpi. Apuna voidaan käyttää erilaisia mallipohjia, joiden pohjalta keskustelua käydään strukturoidusti. Tällaisia mallipohjia ovat muun muassa REFLECT, PEARLS ja DISCERN. Debriefing-keskustelu koostuu yleensä kolmesta osasta: kuvailu, analyysi ja opitun soveltaminen tulevaisuuden tapahtumiin. Ryhmä pohtii onnistumiset sekä kehittämisen kohteet tapahtumasta ja näiden avulla tehdään

yhteenveto tapahtumasta. (Steen & Cramer- Johansen 2008, Meaney ym. 2013, Kessler ym. 2015, Eppich 2016, Zinns ym. 2017.)

Debriefing-keskustelu voidaan toteuttaa missä tahansa. Yleisimmin kylmät debriefing-keskustelut järjestetään kokoustilassa kun taas kuumat debriefing-keskustelut käydään yleisimmin tapahtumapaikalla tai sen läheisyydessä. (Kessler ym.2015.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että debriefing-keskusteluja ei käytetä säännöllisesti elvytystapahtumien jälkeen suosituksista huolimatta (Eppich ym. 2016, Kphal & Coxwell Matthewman 2016, Carberry ym. 2017). Tirkkonen ym. (2014) ovat tutkineet Suomessa sairaaloiden elvytyskäytänteitä. Samalla on selvitetty myös debriefing-keskustelun toteutumista elvytystapahtuman jälkeen. Tutkimuksessa havaittiin, että elvytyksenjälkeinen debriefing oli käytössä vain yhdessä sairaalassa tutkimukseen osallistuneista sairaaloista.

Elvytyksenjälkeiseen debriefing-keskusteluun osallistuneiden kokemusten mukaan debriefing parantaa yksilöllistä ja ryhmän suoriutumista elvytystapahtumasta sekä potilasturvallisuutta (Berg ym. 2014, Kphal & Coxwell Matthewman 2016). Tutkimusten mukaan hoitohenkilöstö koki elvytyksenjälkeisen debriefing-keskustelun lisäävän ja parantavan kommunikointia niin potilaan hoidossa, hoitovirheiden ehkäisyssä sekä palautteenannossa (Zephur ym. 2012, Berg ym. 2014, Porter ym. 2018). Hoitajat kokivat, että debriefingin avulla oli helpompaa määritellä työnjakoa ja johtamisen rooleja (Porter ym. 2018). Hoitajat kokivat, että debriefing vastaa heidän ammatillisiin sekä persoonallisiin tarpeisiin elvytystapahtuman jälkeen (Clark & McLean 2018). Niin ikään tutkimusten mukaan myös elvytyksenaikaisen datan läpikäyminen elvytystilanteen jälkeen lisää sydänpäähdyksestä selviytymistä (Hubner ym. 2017).

Tutkimuksessa on osoitettu myös se, että debriefing elvytystapahtuman jälkeen auttaa prosessoimaan tapahtumaa sekä käsittelemään henkisesti raskaita asioita paremmin. Mikäli varsinaista debriefingiä ei elvytyksen jälkeen järjestetty, hoitajat keskustelivat keskenään tapahtumasta. (Sjöberg ym. 2015.)

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ensihoitohenkilöstön kokemuksia sairaalan ulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeisestä debriefing-keskustelusta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla sairaalan ulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeistä debriefing-keskustelun toteuttamista varten voidaan kehittää strukturoitua mallia ensihoitoon ja täten lisätä elvytyksen laatua sekä potilaiden selviytymistä sydänpysähdyksestä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten ensihoitohenkilöstö kuvailee sairaalan ulkopuoleisen elvytystapahtuman jälkeistä debriefing-prosessia?
2. Millaisia kokemuksia ensihoitohenkilöstöllä on sairaalan ulkopuolisesta elvytystapahtuman jälkeisestä debriefing-keskustelusta?
3. Miten ensihoitohenkilöstö kehittäisi sairaalan ulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeistä debriefing-keskustelua?

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1. Laadullinen tutkimus

Tämä tutkimus on laadullisin menetelmin toteutettu tutkimus. Laadullinen tutkimus on ainutlaatuista, kontekstiin sidottua ja yksilöllisiä kokemuksia kuvaava tutkimusmetodi (Johnson & Waterfield 2004, Grosseohme 2014). Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on kirjallisessa muodossa, joka on kerätty haastatteluista, keskusteluista, kirjoitetuista teksteistä tai muista muodoista. Aineisto voidaan kerätä yhdeltä ihmiseltä tai ryhmältä ihmisiä, riippuen tutkimusmetodista. (Johnson & Waterfield 2004, Grosseohme 2014.) Tässä tutkimuksessa päädyttiin laadulliseen tutkimukseen, koska aikaisempaa tietoa elvytyksenjälkeisestä debriefingistä ei juurikaan ollut saatavilla ensihoidon näkökulmasta niin kansainvälisellä, kuin kansallisellakaan tasolla. Laadullisen tutkimuksen avulla haluttiin kuvata tutkittavaa ilmiötä.

Tässä laadullisessa tutkimuksessa ei pyritty tilastolliseen edustavuuteen. Aineiston hankinnassa tutkimusongelma määritti aineiston keruutapaa ja aineiston riittävyyttä. Aineiston keruussa oli tärkeää aineiston syvyys. Aineistoa kerätessä havaittiin, että ilmiön tuntevilta informanteilta saatiin rikas aineisto tutkittavasta ilmiöstä, eikä haastatteluja sen vuoksi toteutettu. (Johnson & Waterfield 2004, Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimusprosessin analyysivaiheessa havaittiin aineiston kuvaavan myös prosessia, joten tutkimusongelmiin lisättiin vielä yksi tutkimuskysymys (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Vuosituhanen vaihteesta lähtien sähköisten aineistonkeruumenetelmien käyttö on lisääntynyt. Internetkyselyn avulla voidaan kerätä tietoja myös rajatuilta osallistujaryhmiltä. Tässä tutkimuksessa internetkyselyn välityksellä toteutettava tutkimusaineiston keruu mahdollisti suurempien osallistujamäärien tavoittamisen (Hamilton & Bowers 2006, Hunter ym. 2013). Internetkysely mahdollisti vastaajien rajaamisen ensihoitohenkilöstöön, koska usein organisaatioissa on koottu sähköpostiryhmiä, joiden välityksellä voidaan viesti välittää eteenpäin rajatulle osallistujaryhmälle. Internetkyselyssä kysymykset pyrittiin pitämään riittävän lyhyinä ja niissä kysyttiin vain olennainen. Kyselyn lähettämisen jälkeen osallistujia muistutettiin osallistumisesta tutkimukseen kertaalleen, noin viikon kuluttua kyselyn lähettämisestä. (Hamilton & Bowers 2006, Hunter ym. 2013.)

4.2. Aineiston keruu

Pro gradu -tutkielmaa varten kirjoitettiin tutkimussuunnitelma loppuvuodesta 2018. Tutkimussuunnitelmalla haettiin tutkimuslupia kolmesta kohdeorganisaatiosta. Tutkimusluvat saatiin tammi-helmikuussa 2019. Aineiston keruu toteutettiin tammi-maaliskuussa 2019.

Tutkimuksen aineisto kerättiin Tampereen yliopiston e-lomake-palvelun kautta rakennetun kyselyn avulla. Kyselyyn liittyi saateviesti, jossa kuvattiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusmenetelmät. Saatekirjeessä tuotiin osallistujille esiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä vastaamisen merkitys tietoisena suostumuksena osallistumisesta. Taustakysymyksillä selvitettiin kuvailtavia ominaisuuksia tutkittavasta joukosta. Taustakysymyksillä selvitettiin vastaajien ikää, sukupuolta, koulutusta, työkokemusta sekä työskentelyn tasoa ensihoidossa. Taustatekijöiden kuvailulla voidaan parantaa tutkimuksen läpinäkyvyyttä ja tulosten siirrettävyyttä. Avoimet kysymykset muodostettiin aikaisemmista tutkimuksista saatujen tulosten pohjalta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Saateviesti ja internet-kyselyn kysymykset ovat nähtävissä liitteissä 1 ja 2.

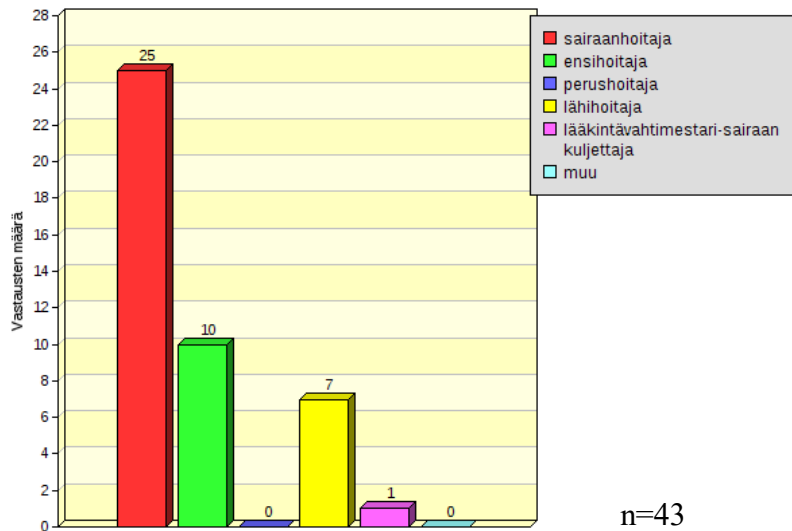
Aineistonkeruu tapahtui kohdeorganisaatioiden ensihoitopäälliköiden sekä ensihoitomestareiden avulla, joille lähetettiin saateviesti ja linkki internet-kyselyyn. He jakoivat sähköpostiviestiä omien organisaatioidensa henkilöstöille. Kyselyn lähettämisestä noin viikon kuluttua lähetettiin muistutusviesti osallistumisesta tutkimukseen. Kysely oli lähettämispäivästä avoinna kolme viikkoa.

4.3. Tutkimukseen osallistujat

Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä oli kolmen sairaanhoitopiirin alueella työskentelevä ensihoidon henkilöstö, joka käsitti perustason ja hoitotason ensihoitajat sekä kenttäjohtajat. Ensihoitohenkilöstöä työskenteli näillä alueilla yhteensä 413, jotka pyydettiin mukaan kokonaisotoksena. Tutkimukseen ei otettu mukaan lääkäreitä.

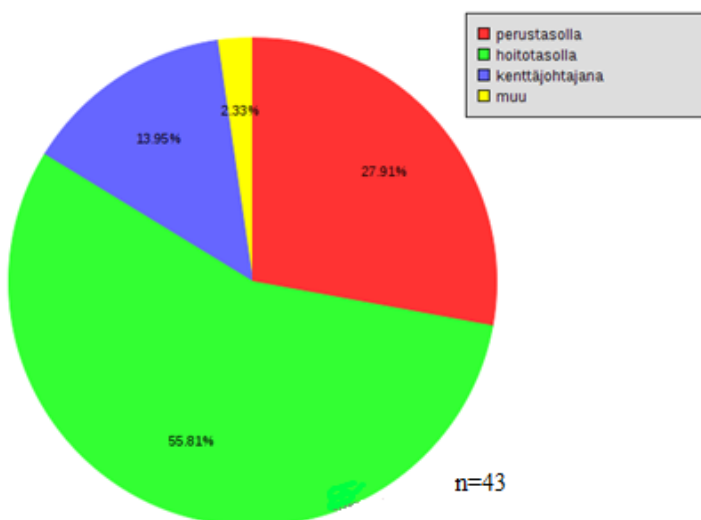
Internetkyselyyn vastaajia oli yhteensä 43, vastausprosentti oli 10,4. Vastaajien ikä vaihteli 24 ikävuodesta 57 ikävuoteen. Vastaajien keski-ikä 35,3 vuotta. Vastaajista (n=43) naisia oli 55,8 %

(n=24) ja miehiä 44,2 % (n=19). Kuviossa 4. on nähtävillä vastaajien ammattien jakautuminen vastaajien kesken. Vastaajista 58,1 % (n=25) oli koulutukseltaan sairaanhoitajia, 23,3 % (n=10) vastaajista oli ensihoitaja-tutkinnon suorittaneita, 16,3 % (n=7) vastaajista oli lähihoitajia ja 2,3 % (n=1) lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia. Vastaajat olivat työskennelleet ensihoidon parissa keskimäärin 13,5 vuotta.



Kuvio 3. Vastaajien koulutus

Vastaajista yli puolet työskenteli hoitotasolla, 28 % perustasolla, 14 % kenttäjohtajana, ja muualla 2 %. Kuviossa 5. on nähtävillä vastaajien työskentelytaso.



Kuvio 4. Vastaajien työskentelytaso

4.4. Aineiston analysointi

Induktiivinen sisällönanalyysi on yksi metodi, jota voidaan käyttää laadulliseen aineistoon. Induktiivista sisällönanalyysiä suositellaan käytettäväksi, mikäli aikaisempaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä ei ole riittävästi saatavilla. Sisällönanalyysin kategoriat, käsitteet ja mallit rakentuvat aineistosta käsin. Sisällönanalyysin avulla voidaan laajentaa ja syventää tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngäs 2008, Kyngäs ym. 2011.) Tässä tutkimuksessa päädyttiin induktiiviseen sisällönanalyysiin, koska aiheesta ei löytynyt riittävästi tutkittua tietoa ensihoitohenkilöstön näkökulmasta. Ensihoidossa hoito tapahtuu sairaalan ulkopuolella, joten sen erityispiirteiden selvittäminen oli tärkeää. Induktiivisen sisällönanalyysin avulla voitiin kuvata ensihoitohenkilöstön kokemuksia debriefingistä.

Tässä tutkimuksessa kerätty aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysimenetelmää hyödyntäen. Sisällönanalyysi koostui kolmesta vaiheesta: valmistelusta, järjestelystä ja tulosten raportoinnista. Valmisteluvaiheessa kerättiin aineisto, tutustuttiin siihen ja valittiin analyysiyksikkö. Järjestelyvaiheessa tapahtui aineiston koodaus, kategorisointi sekä abstrahointi. Järjestelyvaiheessa aineistoon tutustumisen jälkeen aineistosta haettiin sanoja, lauseita tai ajatuskokonaisuuksia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Jokaiselle vastaajalle annettiin numeroluku, jota käytettiin vastaajien vastauksista muodostuneiden pelkistysten koodaamiseen. Tällä varmistettiin jäljitettävyyttä, jolla mahdollistui alkuperäiseen vastaukseen palaaminen analysointivaiheessa. Alkuperäisilmaisut pelkistettiin siten, ettei aineiston alkuperäisen ilmauksen merkitys muutu. Pelkistysten luokittelun avulla rakennettiin alaluokkia. Taulukossa 1. on nähtävissä esimerkki yhden alaluokan muodostumisesta. Alaluokille haettiin yhteisiä nimittäjiä, joista muodostui yläluokat ja pääluokat. Näistä muodostuivat tutkimuksen tulokset. (Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngäs 2008.) Raportointivaiheessa sisällönanalyysin tulokset kuvattiin pääluokittain kuvailen ilmiötä valitusta näkökulmasta. (Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngäs 2008, Elo ym. 2014.)

Taulukko 1. Esimerkki ensivastehenkilöstö mukaan debriefingiin- alaluokan muodostumisesta.

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTYS	ALALUOKKA
<i>EVY-miehet myös mukaan jokaiseen tilanteeseen. Kuuluu myös heille.</i>	evy-miehet mukaan jokaiseen tilanteeseen (8) kuuluu myös ensivasteelle (8)	Ensivastehenkilöstö mukaan debriefingiin
<i>Jos vaan mahdollista, niin se mentäisiin tekemään omalle paloasemalle ja saataisiin näin myös evy mukaan keskusteluun</i>	saataisiin evy mukaan keskusteluun (11)	
<i>Myös EVY olisi ollut hyvä ottaa mukaan keskusteluihin.</i>	EVY olisi ollut hyvä ottaa mukaan keskusteluihin (3)	
<i>Valitettavasti EVY-miehet eivät päässeet paikalle. Mielestäni järjestelmän pitäisi kyetä saamaan heidätkin paikalle vuorokauden ajasta riippumatta.</i>	järjestelmän pitäisi kyetä saamaan ensivaste osallistumaan vuorokauden ajasta riippumatta(8)	
<i>Elvytyksen käymistä yhdessä läpi ensivasteen kanssa.</i>	Elvytyksen läpikäyminen yhdessä ensivasteen kanssa (33)	

Tässä tutkimuksessa pelkistysä muodostui 491, jotka vastasivat kahteen tutkimuskysymykseen. Pelkistykset ryhmiteltiin alaluokkiin, joita muodostui 96. Näille haettiin yhteisiä yläotsikoita, joita muodostui yhteensä 13 ja pääluokkia yhteensä 4. Taulukossa 2. on nähtävissä esimerkki yhden yläluokan muodostumisesta.

Taulukko 2. Esimerkki osallisuus-yläluokan muodostumisesta

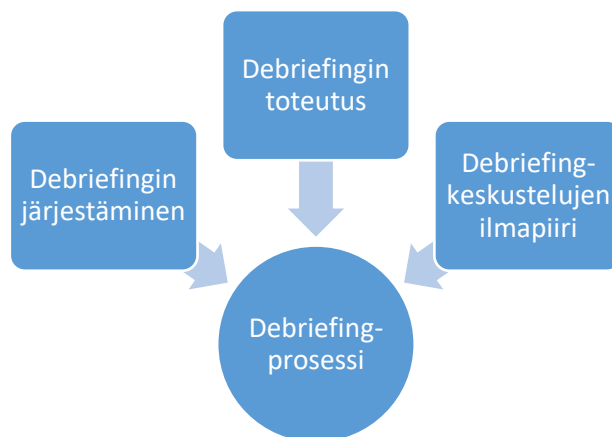
PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Ei kahdenkeskistä keskustelua kenttäjohtajan kanssa (2) Keskustelu käydään tilanteeseen osallistuvien henkilöiden kanssa (13) jollekin muulle tilanteen johtajan osallistuminen voi olla erittäin tärkeää (39)	Kaikki osalliset mukana debriefing- keskustelussa	
evy-miehet mukaan jokaiseen tilanteeseen (8) kuuluu myös ensivasteelle (8) saataisiin evy mukaan keskusteluun (11) EVY olisi ollut hyvä ottaa mukaan keskusteluihin (3) järjestelmän pitäisi kyetä saamaan ensivaste osallistumaan vuorokauden ajasta riippumatta(8) Elvytyksen läpikäyminen yhdessä ensivasteen kanssa (33)	Ensivastehenkilöstö mukaan debriefingiin	Debriefing- keskusteluun osallistujien osallisuus
Yksilöllisemmäksi (2) yksilösuorittamisen kannalta hyvä kuulla kaikkia paikalla olleita hoitajia (12) Kaikki pääsisivät purkamaan omia ajatuksiaan keikasta (12) Kysymysten kohdistaminen jokaiselle erikseen (2) henkilökohtaista palautetta (7) Enemmän palautetta omasta toiminnasta (33) henkilökohtainen kehittämisen kohde (36) yksilösuorittamisia käydä läpi (12) Olisi kiva kuulla kenttäjohtajan ja ensihoitolääkärin palaute toiminnasta (3) tilanteen johtaja kertoo kokemuksistaan ja avaa päätöksiään (39) asianosaiset kertoisivat tehtävällä heitä vaivaavat asiat heti palautetilaisuudessa (42) kiinnitetään huomiota yksilöön (41) Puheliaimmat saa suunvuoron, hiljaisemmat jää taustalle (2)	Yksilöiden huomiointi debriefing-keskustelussa	

5. TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn vastanneista kolmannes (34,9 %) ei osallistunut viimeisen elvytystapahtuman jälkeen debriefing-keskusteluun. Debriefing-keskustelu järjestettiin yleisimmin heti elvytystehtävän päättymisen jälkeen tai työvuoron lopussa. Yleisimmin debriefing järjestettiin ensihoitoasemalla tai ambulanssihallissa, mutta debriefing-keskusteluja käytiin myös ensihoitoyksikössä, paloasemalla tai ensihoidon tilannekeskuksessa. Debriefingiin osallistui yleisimmin elvytystehtävällä mukana olleiden ensihoitoyksiköiden ensihoitajat ja kenttäjohtaja ja hänen työparinsa. Keskustelussa harvemmin mukana oli ensihoitolääkäri ja hänen työparinsa sekä ensihoitoyksikön mukana ollut opiskelija. Pelastuslaitosten ensivasteen henkilöstön osallistumista debriefing-keskusteluun kuvattiin kahdessa vastauksessa. Debriefing-keskustelun vetäjänä toimi yleisimmin kenttäjohtaja. Kenttäjohtajan työpari, ensihoitolääkäri tai ensihoitolääkärin työparin toimi harvemmin keskustelun vetäjänä. Debriefing-keskustelua käytiin myös ilman vetäjää keskustellen työparin kanssa.

5.1. Debriefing-prosessi

Ensihoitohenkilöstön kuvaukset debriefing-prosessista jakautuivat kolmeen elementtiin: debriefingin järjestämiseen, debriefing toteutukseen ja debriefing-keskustelujen ilmapiiriin. Kuviossa 5. on nähtävillä debriefing-prosessin koostuminen eri elementeistä.



Kuvio 5. Debriefing-prosessin elementit.

5.1.1. Debriefingin järjestäminen

Ensihoitohenkilöstö koki, että *debriefing-keskusteluja järjestettiin tarpeen mukaan ja sopivalla harkinnalla*. Debriefing-keskusteluja järjestettiin, mikäli kyseessä on lapsipotilas, traumaattinen tilanne tai jos potilas oli henkilöstölle tuttu. Debriefing-keskusteluja järjestettiin sekä henkilöstön, että kenttäjohtajan aloitteesta.

”Omasta mielestäni niitä järjestetään sopivalla tarveharkinnalla eli ei mistään pikku jutuista, mutta kuitenkin niitä tiettyjen tilanteiden jälkeen pidetään.” (39)

Debriefing-keskusteluun ei kuitenkaan aina ollut mahdollisuutta. Debriefingiä ei saatu järjestettyä tai työpari puuttui. Debriefing jäi järjestämättä, mikäli lääkäriyksikkö tai kenttäjohtoyksikkö ei saapunut kohteeseen. Työparin kanssa ei tehtävänpurkoa saatu tehtyä tai työparin tehtävät estivät debriefing-keskustelun käymisen.

”Joissakin tilanteissa myös hankaluutta järjestää omallekin porukalle.” (8)

Debriefing-keskustelu ei ollut aina tarpeellinen. Ensihoitohenkilöstö ei kokenut hyötyvänsä debriefingistä normaalien ja arkipäiväisten elvytystehtävien jälkeen. Iäkkäiden ihmisten elvytystapahtumien jälkeen debriefingiä ei koettu tarvittavan.

”Luonnollisesti kuolevan vanhuksen kohdalla ei erityisemmin jälkipuintia tarvita.” (16)

Ensihoitohenkilöstö kuvasi *debriefing-keskustelujen hyötyjen joskus jäävän saavuttamatta*. Osa vastaajista kuvasi, ettei kokenut debriefingistä olevan mitään apua. Pakollinen osallistuminen ahdisti vastaajia. *debriefingiin osallistumiseen ei aina saanut esimieheltä saa tukea*.

”Siitä en kokenut olevan itselleni mitään apua.” (40)

Debriefing-keskustelun vetäjät olivat asiaan perehtyneitä. Vetäjät olivat kouluttautuneet ja perehtyneet debriefing-keskustelujen vetämiseen. Organisaatioissa kuvattiin olevan hyviä ja ammattimaisia keskustelun vetäjiä.

”Keskustelun veti kj työparinsa kanssa ja he olivat perehtyneet asiaan hyvin.” (23)

5.1.2. Debriefingin toteutus

Debriefing kuvattiin *vapaamuotoiseksi keskusteluksi*, jossa ei aina ollut debriefingin rakennetta. Ensihoitajat vastasivat keskustelussa opiskelijan kysymyksiin ja kertoivat tehtävää. Debriefing-keskustelun todettiin joskus jäävän *lyhyeksi*, eikä aikaa käytetty riittävästi keskusteluun. Osassa debriefing-keskusteluja on ensihoitajien kokemuksen mukaan ollut *strukturoidu malli käytössä*, joka koettiin toimivaksi. Keskustelun vetäjät käyttivät ohjetta debriefing-keskustelua vetäessään. Ensihoitajat kuvasivat myös *puhelimitse käytyjä debriefing-keskusteluja*. Kenttäjohtaja otti puhelimitse yhteyttä yksikköön.

”Käytiin strukturoidun mallin mukaan läpi.” (7)

”Vuorossa oleva kenttäjohtaja otti yhteyttä puhelimitse ja keskusteltiin keikasta.” (34)

5.1.3. Debriefing-keskustelujen ilmapiiri

Vastaajat kuvasivat, että *avoimuus* ja *luottamuksellisuus debriefing-keskustelussa* olivat tärkeitä. *Positiivinen ilmapiiri debriefing-keskustelussa* koettiin oleelliseksi, ketään ei syytetty eikä tuomittu keskustelussa. Debriefing-keskusteluissa oli kannustava ja positiivinen sävy.

”Hyvässä hengessä käyty palautekeskustelu ei tuomita, ei arvostella.” (15)

5.2. Kokemukset debriefing-keskustelusta

Ensihoitohenkilöstön kokemukset debriefing-keskustelusta jakautuivat kokemuksiin ensihoidon toiminnan näkökulmasta, kokemuksiin ensihoitohenkilöstön näkökulmasta sekä kokemuksiin elvytystapahtuman arvioinnista. Kuviossa 6. on nähtävillä ensihoitohenkilöstön kokemusten jakautuminen debriefing-keskustelua koskien.



Kuvio 6. Debriefing-keskusteluun liittyvien kokemusten jakautuminen.

5.2.1. Kokemukset ensihoidon toiminnan näkökulmasta

Ensihoitohenkilöstö toi esiin, että ensihoidon debriefing-toiminta on mennyt eteenpäin, ja *debriefing-toiminnan edistäminen* on otettu osaksi ensihoidon toimintaa. Debriefing-toiminta oli osassa alueita otettu vasta hiljattain käyttöön.

”Onneksi ollaan tässä asiassa menty eteen päin kovasti.” (8)

Vastaajat kokivat, että *debriefing parantaa yhteistyötä, yhdenmukaistaa toimintamalleja ja lisää toiminnan laadukkuutta*. Ensihoitohenkilöstö kuvasi debriefingin vähentävän tehtävänjälkeistä stressiä, ehkäisevän piilokuorman syntymistä ja siten *debriefingin edistävän työhyvinvointia*. Debriefingin koettiin tukevan *työyhteisön oppimista*.

”Keskustelujen avulla yhteistyö parantuu, toimintamallit yhdenmukaistuvat toiminnan laatu paranee.” (21)

5.2.2. Kokemukset ensihoitohenkilöstön näkökulmasta

Ensihoitohenkilöstöllä oli *positiivisia kokemuksia debriefingistä*. Debriefing-keskustelut käytiin hyvin läpi ja ne koettiin mielekkäiksi. Vastaajat kuvasivat *osallistujien olevan tasavertaisia keskustelijoita* debriefing-keskustelussa. Jokainen osallistuja sai mahdollisuuden puheenvuoroihin ja sai kertoa oman näkemyksen elvytystilanteesta. Keskustelussa mukana olleita kuunneltiin aktiivisesti ja keskustelussa oli mahdollisuus kysyä.

*”Kaikilla on mahdollisuus puhua ja kertoa,
mutta ei ole pakko sanoa mitään, jos ei halua.”*(38)

Debriefing-keskustelun koettiin tukevan *yksilöllistä kehittymistä*. Debriefing-keskustelun osallistuminen kehitti omaa toimintaa tulevia elvytyksiä varten ja lisäsi varmuutta omaan toimintaan. Ensihoitohenkilöstö kuvasi debriefing-keskustelun mahdollistavan *tapahtumasta oppimisen*. Debriefing-keskustelut koettiin opettavaisiksi tilanteiksi, joista saadaan oppia tulevaisuuteen. Debriefing-keskustelujen koettiin tukevan ammatillista kehittymistä.

”Kehittää omaa toimintaa tulevia elvytyksiä varten.”(33)

Debriefing-keskustelussa *palautteen saaminen* koettiin *tärkeäksi*. Vastaajat kuvasivat saaneensa rakentavaa ja suoraa palautetta omasta toiminnastaan. Palautteen saaminen kenttäjohtajalta koettiin joskus vaikeaksi, eikä palautetta aina saanut spontaanisti.

”Koska toimin tilannejohtajana, saan arvokasta palautetta omasta johtamisesta - monesti en saa sitä spontaanisti.” (26)

Vastaajat kuvasivat *debriefingin psyykkisen kuormituksen purkamisen keinona*. Debriefing-keskustelussa sai purkaa mietityttävät asiat ja sen koettiin helpottavan omaa eteenpäin menemistä. Elvytyksen epäonnistuessa oli mahdollisuus kertoa mieltä painavat asiat. Tehtävän läpikäyminen debriefing-keskusteluissa auttaa jättämään keikan taakse, eikä tehtävää tarvitse tämän jälkeen miettiä kotona tai vapaa-ajalla. Tunteiden läpikäymiselle annettiin debriefingissä tilaa.

*”Keikasta puhuminen debriefing-keskustelussa auttaa
jättämään keikan taakseen.”* (30)

5.2.3. Kokemukset elvytystapahtuman arvioinnista

Debriefing-keskusteluissa *käytiin tehtävä vaiheittain läpi*. Tehtävää käsiteltiin lähtötiedoista potilaan luovuttamiseen asti, mitä tehtävällä tapahtui, miten prosessi eteni ja yritettiinkö loppuun asti.

”Kävimme koko keikan alusta loppuun läpi kronologisesti.” (3)

Vastaajat kuvasivat, että debriefing-keskustelussa *selvitettiin esitiedot*. Debriefing-keskustelussa käytiin läpi äkkielottomuuden syytä ja sydämenrytmia, joka oli johtanut elottomuuteen. Keskustelussa oli käsitelty asioita, jotka johtivat elvytykseen ja haasteellista alkurytmistä oli konsultoitu kardiologia.

”Keskustelussa käytiin läpi miten elvytys sujui ja mitä sen aikana tapahtui, mitkä asiat johtivat tilanteeseen ja olisiko jotain voitu tehdä toisin.” (44)

Debriefing-keskustelussa käytiin läpi *hoitotoimenpiteitä*, kuten esimerkiksi haastavaa ilmatietä ja sen varmistamista sekä *lääkehoitoa*. Debriefing-keskustelussa käytiin myös läpi *hoito-ohjeiden noudattamista elvytyksessä*. Ensihoitohenkilöstö kuvasi, että debriefing-keskustelussa *käytiin läpi onnistumisia, kehitettäviä asioita ja virheiden tunnistamista*. Keskusteluissa oli noussut esiin onnistumiset ja seikat, jotka menivät hyvin ja jotka suoritettiin oikein. Debriefing-keskusteluissa oli pohdittu vaikeiksi havaittuja asioita, erilaisia hoidollisia vaihtoehtoja, mitä olisi voinut tehdä toisin ja missä voitiin kehittyä.

”Keskustelimme onnistumisista ja myös kehitettävistä asioista.” (36)

Debriefing-keskustelussa käytiin läpi *elvytyksen teknisen suorituksen laadun arviointia ja aikaviiveitä*. Defibrillaattorista saatua elvytyspalautetta käytiin läpi, arvioitiin teknistä suoriutumista elvytyksessä ja arvioitiin aikaviiveitä sekä hands-off-aikoja. Debriefing-keskusteluissa käsiteltiin myös *työskentelyolosuhteita*. Keskusteluissa oli käyty läpi *omaisten huomiointi elvytystilanteessa*.

”Elvytyspalaute käytiin tarkkaan läpi.” (13)

Vastaajat kuvasivat debriefing-keskustelussa käydyn läpi *tilanteen johtamista sekä tehtävien allokointia*. Keskustelussa oli kiinnitetty huomiota siihen, millaista johtajuus oli ollut elvytyksessä ja kuka elvytystä johti sekä miten roolitus ja tehtävänjako oli suoritettu. Debriefing-keskustelussa oli käyty läpi myös *tiimin yhteistyötä ja kommunikointia*.

”Käytiin läpi elvytyksen tekninen kulku, johtaminen, tehtävänjako.” (28)

Debriefing-keskustelussa *muodostettiin yhteinen tilannekuva osallistuneiden kesken*. Keskustelussa refleктоitiin omaa toimintaa, kuultiin asioita, jotka olivat jääneet huomiotta omaan työskentelyyn keskittyessä. Yhteisen tilannekuvan muodostuminen pohjautui yksilöiden ja ryhmän kokemuksiin.

”Kaikki oppivat ja saavat yhteisen tilannekuvan.” (27)

Ensihoitohenkilöstö kuvasi elvytysten seurannan olevan haasteellista. Elvytystapahtumien määrät jäivät harvoiksi ja seuranta oli joskus epäluotettavaa.

5.3. Debriefing-toiminnan kehittäminen

Ensihoitohenkilöstö kehittäisi keskustelujen järjestämistä, debriefing-mallia, debriefing-keskustelujen sisältöä ja keskusteluihin osallistuvien osallisuutta. Lisäksi heillä oli toiveita debriefing-keskustelun vetäjien sosiaalisista vuorovaikutustaidoista, henkilökohtaisista ominaisuuksista ja ammatillisuuteen liittyvistä ominaisuuksista. Kuviossa 7. on nähtävillä debriefing-toiminnan kehittämiseen liittyvät osa-alueet.



Kuvio 7. Debriefing-toiminnan kehittäminen.

5.3.1. Debriefing-keskustelun järjestäminen

Debriefing-keskustelujen järjestämistä toivottiin *rutiininomaiseksi toiminnaksi*. Keskusteluja toivottiin järjestettäväksi systemaattisesti ja siten, että kaikki tottuvat niihin. *Debriefing*-keskusteluja toivottiin järjestettävän *matalalla kynnyksellä* ja siten, että niitä järjestetään myös pyynnöstä. Esimies voisi toimia debriefing-keskustelun tarpeen arvioijana.

”Mielestäni esimiehen tulisi kysyä kaikkien haastavampien tilanteiden jälkeen, kokevatko työntekijät tarvetta debriefingiin.” (20)

Debriefing-keskusteluja toivottiin järjestettävän *pian tapahtuman jälkeen* ja *erityistilanteiden jälkeen*. Erityistilanteiksi esitettiin lapsen tai nuoren elvytys, traumaattinen kokemus tai jos potilas on hoitajan henkilökohtaisesti tuntema. *Debriefing*-keskusteluja toivottiin järjestettävän myös muissakin vaativissa tehtävissä elvytysten lisäksi.

”Yleensäkin kynnys sen pitämiseen täytyy laskea, ei siis aina pidetä vain sen rankan elvytys ym. kuolemakeikan jälkeen, vaan muissakin vaativissa tehtävissä.” (37)

5.3.2. Debriefing-malli

Ensihoitohenkilöstö toivoi, että keskusteluissa olisi käytössä *strukturoidu debriefing-malli*, jonka avulla toimintamalli, sisältö ja teemat olisivat samanlaiset keskusteluissa. Mallin tulisi olla riittävän kevyt ja riittävän yksityiskohtainen sisältäen kohdennettuja kysymyksiä.

”Mallin tulee olla riittävän kevyt, niin ettei se jää käymättä sen vuoksi että se koetaan liian työlääksi. Toisaalta riittävän yksityiskohtainen, ettei tärkeitä asioita jää käsittelemättä.” (21)

Debriefing-keskustelut toivottiin järjestettävän *kasvotusten* ja keskusteluille tulisi valita *sopiva tila*, joka olisi rauhallinen. *Debriefing*-keskustelulle tulisi varata myös *riittävästi aikaa*. *Debriefing*-keskustelujen *vetäjien* toivottiin olevan *organisaation ulkopuolisia*, ei omia kollegoita.

”Että niitä ei tehtäisi puhelimitse vaan kasvotusten.” (22)

Toiminnan kehittämisen tavoitteellisuuden ja debriefing-keskustelujen vetäjien kouluttamisen kautta debriefing-toimintaa voidaan kehittää parempaan suuntaan.

”Koulutusta vetäjille säännöllisesti.” (32)

5.3.3. Debriefing-keskustelun sisältö

Debriefing-keskustelujen sisällöissä toivottiin *teknisen suorituksen läpikäymistä, elottomuuden syyn selvittämistä, onnistumisia elvytystapahtuman hoidossa sekä kehittämiskohteiden esiintuomista*. Ensihoitohenkilöstö haluaisi tietää, mikäli asioita tulisi tehdä toisin, olisiko elvytystä mahdollista hoitaa paremmin, missä olisi parannettavaa. Vastaajat toivoivat enemmän kriittisempää palautetta, eikä virheitä saisi arastella sanoa.

”Toivoisin enemmän kriittisempää palautetta eikä vaan ”hyvin meni” palautetta.” (7)

Keskustelun toivottiin olevan rakentavaa. Kenttäjohtajien toiminnan arviointi tulisi olla mukana debriefingissä ja palautetta toivottiin annettavan myös opiskelijalle.

”Tärkeintä on että keskustelu käydään aina rakentavasti.” (21)

5.3.4. Debriefing-keskustelun osallistujien osallisuus

Debriefing-keskustelussa tulisi olla mukana kaikki osalliset, jotka ovat olleet tehtävällä. Ensivastehenkilöstö tulisi olla mukana debriefing-keskustelussa. Yksilöiden huomiointi debriefing-keskustelussa nousi myös tärkeäksi kehittämisen kohteeksi. Debriefing-keskustelussa tulisi antaa enemmän yksilökohtaista palautetta ja kysymyksiä toivottiin kohdennettavan myös hiljaisemmille osallistujille.

”Voisi kohdistaa kysymykset jokaiselle henkilölle erikseen esim ”h1 miten meni”,

”h2 mites sun mielestä” yms...” (2)

”Myös EVY olisi ollut hyvä ottaa mukaan keskusteluihin.” (3)

5.3.5. Toiveet vetäjän sosiaalisista vuorovaikutustaidoista

Debriefing-keskustelun vetäjällä toivottiin olevan *hyvät keskustelutaidot* ja kiinnostunut ote keskusteluun. Vetäjän toivottiin vievän keskustelua eteenpäin mielipiteitä ja tunteita kysellen. Vetäjällä toivottiin olevan myös *kuuntelun taito* ja *taito lukea tilannetta*. Vetäjän toivottiin osaavan haistella ilmapiiriä ja ohjailla keskustelua pysymään asiassa. Vetäjällä tulisi olla myös *taito antaa palautetta*. Vetäjän toivottiin olevan *tilaa antava, ymmärtäväinen ja salliva*. Vetäjän tulisi olla läsnä,

hänen tulisi olla *objektiivinen, tasapuolinen ja tasavertainen*. Debriefing-keskustelun vetäjällä tulisi olla *hyvä ihmistuntemus*. Vetäjältä toivottiin *asiallisuutta johdonmukaisuutta, jämäkkyyttä sekä ongelmanratkaisukykyä*.

”Tulisi olla rauhallinen, hyvä kuuntelija, ei niinkään johtaa keskustelua vaan ennemmin auttaa keskustelua käyntiin.”(30)

5.3.6. Toiveet vetäjän henkilökohtaisista ominaisuuksista

Debriefing-keskustelun vetäjän toivottiin olevan *rauhallisuutta, positiivisuutta, ystävällisyyttä, empaattisuutta ja herkkyyttä*. Vetäjällä toivottiin olevan *tunneälyä* ja hänen tulisi olla *helposti lähestyttävä ja luotettava*.

”Empaattinen, ystävällinen, rauhallinen ja tilaa antava.” (17)

5.3.7. Toiveet vetäjän ammatillisuuteen liittyvistä ominaisuuksista

Ammatillisuuteen liittyvänä toiveena esiin nousi *kyky tarkastella asioita eri näkökulmista*. Vetäjällä toivottiin olevan *riittävästi työkokemusta, ymmärrystä ensihoitotyöstä* ja hänen toivottiin omaavan *vahvan ammattitaidon*. Vetäjällä toivottiin olevan myös *aito kiinnostus työntekijöiden hyvinvoinnista*. Vetäjän toivottiin olevan *ensihoitajien ammatillisen kehittymisen tukija*.

”Ensisijaisesti erittäin kovan kokemuksen omaava hoitaja, joka ymmärtää mistä puhutaan.”(16)

6. POHDINTA

6.1. Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa oli tarkoitus kuvata ensihoitohenkilöstön kokemuksia sairaalanulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeisestä debriefing-keskustelusta. Esiin nousi kokemuksia, joita voidaan hyödyntää elvytyksenjälkeisen debriefingin kehittämisessä ensihoidossa. Ensihoitohenkilöstön kokemukset debriefingistä olivat samansuuntaisia kuin sairaalan sisällä toteutettujen tutkimusten tulokset.

Ensihoitohenkilöstölle järjestettiin debriefing pääsääntöisesti heti tehtävän jälkeen tai viimeistään vuoron päättyessä. Tutkimuksen tulos on yhdenmukainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa, jonka mukaan kuuma debriefing, joka järjestetään välittömästi tapahtuman jälkeen, on yleisin ajankohta debriefingille (Couper & Perkins 2013, Mullan ym. 2013). Tässä tutkimuksessa ei käynyt ilmi, että yhtään debriefing-keskustelua olisi käyty päiviä tai viikkoja myöhemmin. Kuuman debriefingin etuina on elvytysryhmän tavoitettavuus, mieleen palauttaminen on helpompaa ja kiireellisiin kysymyksiin voidaan helpommin puuttua (Gardner 2013, Kessler ym. 2013).

Kolmannes vastaajista ei ollut osallistunut debriefingiin viimeisimmän elvytystapahtuman jälkeen. Debriefingiä ei saatu aina järjestettyä tai muut työtehtävät estivät tehtävän läpikäymistä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, ettei sairaalan sisällä elvytyksen jälkeistä debriefingiä järjestetä säännöllisesti suosituksista huolimatta. (Tirkkonen ym. 2014, Eppich ym. 2016, Khpal & Coxwell Matthewman 2016, Carberry ym. 2017) Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, ettei elvytyksenjälkeistä debriefing-keskustelua järjestetä säännöllisesti myöskään ensihoitopalveluissa.

Debriefing-keskusteluja järjestettiin pääsääntöisesti tarpeen mukaan. Esimiehen toivottiin arvioivan debriefingin tarvetta. Ensihoitohenkilöstö kuvasi debriefing-keskusteluja järjestettävän erityisesti lasten ja nuorten elvytystapahtumien ja traumaattisten tilanteiden jälkeen tai jos hoidettavana oli henkilöstölle tuttu potilas. Mullanin ym. (2013) toteuttamassa tutkimuksessa todettiin, ettei debriefingille aina ole tarvetta, kuten tässäkin tutkimuksessa todettiin. Debriefingin järjestämisestä toivottiin rutiininomaista ja matalalla kynnyksellä järjestettävää. Keskusteluja toivottiin

järjestettäväksi pian tapahtuman jälkeen ja etenkin erityistilanteissa. Debriefing-toiminnan suunnittelussa tulisi miettiä henkilöstön kannalta tärkeimpiä laukaisevia tehtäviä, joiden jälkeen debriefing järjestettäisiin tehtävistä oppimisen mahdollistamiseksi. Laukaisevien tehtävien tulisi esiintyä riittävän usein, mutta siten, etteivät ne olisi jokapäiväisiä. Tällaisia laukaisevia tehtäviä voi olla esimerkiksi elvytys, intubaatio, trauma tai muu haastava tilanne. (Kessler ym. 2015, Chinnock ym. 2017).

Debriefing-keskustelujen vetäjien koettiin olevan hyvin asiaan perehtyneitä. Yleisimmin debriefing-keskustelun vetäjänä toimi kenttäjohtaja tai hänen työparinsa. Tutkimuksessa toivottiin vetäjien olevan myös mahdollisesti organisaation ulkopuolisia henkilöitä. Asiantuntijoiden mukaan paras debriefing-keskustelun vetäjä voisi olla elvytystapahtumassa kirjaajana ollut hoitaja. (Chinnock ym. 2017). Vetäjien toivottiin omaavan vahvat sosiaaliset vuorovaikutustaidot, sopivat henkilökohtaiset ominaisuudet ja heidän toivottiin olevan ammattitaitoisia ja kokeneita vetäjiä. Vetäjille toivottiin koulutusta debriefing-keskustelujen vetämiseen. Keskustelun vetäjille ei ole saatavilla erillistä koulutusta, vaan koulutus liittyy yleensä simulaatio-ohjaajan koulutukseen (Kessler ym. 2015).

Debriefingiin osallistui yleisimmin ensihoitajat sekä kenttäjohtaja työparinsa kanssa. Harvemmin debriefingiin osallistui ensihoitolääkäri työparinsa kanssa, opiskelijat tai pelastuslaitosten ensivastehenkilöstö. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että keskusteluun olisi hyvä osallistua kaikki elvytystapahtumassa mukana olleet henkilöt (Couper & Perkins 2013, Gardner 2013, Chinnock ym. 2017). Debriefing-keskustelu järjestettiin yleisimmin joko ambulanssihallissa tai ensihoitoasemalla Kessler ym. (2015) kuvaa, että etenkin kuuma debriefing järjestetään usein tapahtumapaikalla tai sen läheisyydessä, kuten tässäkin tutkimuksessa kävi ilmi. Ensihoidon tehtävät päättyvät usein sairaalassa potilaan luovutukseen, joten debriefing-keskustelun käyminen ambulanssihallissa tai ensihoitoasemalla tehtävän jälkeen on luonnollista. Ensivastehenkilöstö ei ole yleensä saattamassa potilasta sairaalaan, vaan palaa tehtäväpaikalta takaisin. Mikäli debriefing-keskustelut järjestetään sairaalassa potilaan luovuttamisen jälkeen, ensivastehenkilöstö ei pääse osallistumaan keskusteluun. Tarpeen olisi jatkossa miettiä, missä debriefing-keskusteluja järjestetään tehtävän jälkeen, jotta keskusteluihin olisi myös ensivastehenkilöstöllä mahdollisuus osallistua. Tässä tutkimuksessa esitettiin, että debriefing-keskustelu tarvitsisi sopivan tilan, joka olisi rauhallisempi ja häiriöttömämpi kuin esimerkiksi ambulanssihalli, jossa liikkuu myös muita yksiköitä.

Debriefing-keskusteluja järjestettiin sekä strukturoidun mallin että vapaamuotoisen keskustelun keinoin. Ensihoitohenkilöstö toivoi, että strukturoitua mallia käytettäisiin ja että debriefingille varattaisiin riittävästi aikaa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuvattu, että keskimäärin debriefingiin kului aikaa kymmenestä viiteentoista minuuttia (Mullan ym. 2013, Mullan ym. 2017, Sweberg ym. 2018). Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole mainittu puhelimitse tehtävää debriefingiä, joka tässä tutkimuksessa kuvattiin yhtenä debriefingin toteuttamistapana. Ensihoitohenkilöstö toivoi keskusteluja toteutettavan kasvokkain, joten puhelimitse hoidettu debriefing ei välttämättä ole hyvä keskustelun toteuttamistapa.

Debriefing-keskusteluissa käytiin läpi elvytystapahtuman eri osioita. Tehtävää käytiin vaiheittain läpi huomioden esitiedot, hoitotoimenpiteet, lääkehoito ja hoito-ohjeiden noudattaminen. Debriefingissä analysoitiin onnistumiset ja kehitettävät asiat ja tunnistettiin virheet. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu kyseisten asioiden olevan tärkeitä käydä läpi debriefing-keskusteluissa. (Gardner 2013, Meaney ym. 2013, Kessler ym. 2015, Eppich 2016, Zinns ym. 2017.) Elvytyksen teknistä laatua arvioitiin käymällä läpi defibrillaattorista saatua elvytyspalautetta ja arvioimalla aikaviiveitä. Objektiivisen datan läpikäyminen elvytyksen jälkeen voi auttaa havaitsemaan puutteet elvytyksen laadussa ja siten elvytyksen laatua voidaan kehittää (Steen & Cramer- Johansen 2008, Meaney ym. 2013).

Keskustelussa arvioitiin myös sitä, miten omaisia oli huomioitu elvytystilanteessa ja millaiset olosuhteet elvytystapahtumassa oli ollut. Ei-teknisiä taitoja arvioitiin myös, kuten johtamista, tehtävien allokoointia, tiimin yhteistyötä ja kommunikointia sekä rakennettiin yhteistä tilannekuvaa osallistujille. Debriefingissä läpi käydyt ei-tekniset taidot ovat samoja kuin aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu olevan, tärkeimpinä esiin ovat nousseet muun muassa yhteistyö, kommunikaatio ja tilannetietoisuus (Mullan ym. 2013). Sisältöihin liittyvinä kehittämisajatuksina tässä tutkimuksessa esiin nousi elvytyksen teknisen suorituksen läpikäyminen, jonka avulla voidaan parantaa potilaiden selviytymistä sairaalan ulkopuolisesta elvytystapahtumasta (Lyon ym. 2012). Lisäksi toivottiin myös onnistumisten ja kehittämiskohteiden esiintuomista, elottomuuden syyn selviämistä ja palautteen antamista opiskelijalle.

Debriefingissä toivottiin huomioitavan yksilöllisemmän palautteen antaminen elvytykseen osallistujille ja myös kenttäjohtajalle. Couperin ja Perkinsin tekemässä tutkimuksessa (2013) kuvataan myös palautteen antamista kirjallisesti myöhemmin elvytystapahtuman jälkeen. Skotlannin ambulanssipalvelussa tehdyssä tutkimuksessa todettiin myöhemmin annettavan kirjallisen elvytyspalautteen antamisen ja kouluttamisen parantavan elvytyksen laatua. Kirjallisen palautteen antamista ei tässä tutkimuksessa tullut ilmi. REFLECT-debriefingmallissa on myös kuvattu kohdennetun palautteen antamista tiimille (Zinns ym. 2017).

Ensihoitotoiminnan näkökulmasta debriefing-toiminta paransi yhteistyötä, yhdenmukaisti toimintamalleja, edisti työhyvinvointia, lisäsi toiminnan laadukkuutta ja työyhteisön oppimista. Samankaltaisia tuloksia on Berg ym. (2014) saanut aikaisemmassa tutkimuksessaan traumaelvytysten jälkeisestä debriefingistä. Aikaisemmin on myös todettu debriefingin parantavan sekä yksilöllistä että ryhmän toimintaa kuten tässäkin tutkimuksessa kävi ilmi. Debriefingin on aiemmin kuvattu lisäävän potilasturvallisuutta (Kphal & Coxwell Matthewman 2016). Tässä tutkimuksessa potilasturvallisuus-näkökulma ei kuitenkaan selkeästi noussut esiin.

Ensihoitohenkilöstöllä oli debriefingistä positiivinen kokemus. Keskustelun osallistujat koettiin tasavertaisiksi. Tämän tutkimuksen tuloksien mukaan debriefing tuki yksilön kehittymistä ja oppimista. Debriefing vähensi myös työntekijöiden psyykkistä kuormittumista. Sairaalan sisällä tapahtuneita elvytyksen jälkeisiä debriefing-keskusteluja koskevien tutkimuksien mukaan debriefing koettiin parantavan tietoja ja taitoja ja sen avulla saadaan käsiteltyä stressiä ja tunteita. (Kristiansen ym. 2013). Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat samansuuntaisia tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten kanssa. Clarkin ja McCleanin (2018) tutkimuksessa on samankaltaisia tuloksia heidän tutkiessaan osastolla työskentelevien kokemuksia debriefingistä. Tässä tutkimuksessa hoitajilla on henkilökohtaisia ja ammatillisia tarpeita, joihin debriefingin keinoin voidaan vastata, ja täten lisätä oppimista ja osaamisen kehittymistä.

AHA:n kannanotossa tuodaan esiin, miten pre-briefing tulisi tuoda mukaan elvytyskoulutukseen. Pre-briefingillä tarkoitetaan sitä, että etukäteen tulisi tuoda esiin elvytystapahtumien tavoitteet ja odotukset suorituksista. Osallisia tulisi valmistella palautteen saamiseen ja kuvailla heille, miten debriefing toteutetaan. Kannanoton mukaan debriefingin tulee sopia tarkoitukseensa ja keskittyä

siihen, miten asetetut tavoitteet saavutetaan. Kouluttajien tulisi räätälöidä debriefing tilanteeseen sopivaksi, käyttää mallia debriefingin vaikuttavuuden edistämiseksi ja nähdä koulutus mahdollisuutena markkinoida debriefing-mallia ja valmistella osallistujia oikeisiin debriefing-tilanteisiin. Palautteen ja debriefingin tulisi olla osa kokonaisuutta, eikä tapahtua eristyksissä. (Cheng ym. 2018.)

Kaiken kaikkiaan debriefingin hyödyntämisessä on vielä paljon tehtävää etenkin kansallisella tasolla, kansainvälisesti debriefingin hyödyntäminen elvytysten laadun kehittämisessä on edellä. Debriefing tulisi ottaa säännölliseksi toimintatavaksi ensihoidossa ja tietojen kirjaamisen avulla voitaisiin saada tarkemmin kuvaa siitä, missä asioissa on onnistuttu ja missä olisi vielä kehittämisen varaa. Näiden tietojen laaja hyödyntäminen ensihoidon elvytyskoulutuksissa mahdollistaisi elvytyksen laadun kehittämisen ja toimintatapojen yhdenmukaistamisen.

6.2. Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointia tehtiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimus on toteutettu järjestelmällisesti ja systemaattisesti, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan yleisesti neljällä kriteerillä: uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä ja siirrettävyydellä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten uskottavuutta ja tutkijan objektiivisuutta tutkimusta tehtäessä. Tulosten raportointi on keino uskottavuuden esiintuomiseksi. Uskottavuutta vahvisti tutkijan käymät keskustelut muiden tutkijoiden kanssa. Tämän tutkimuksen yhteydessä seminaarit ovat tuoneet mahdollisuuden keskustella kollegoiden kanssa. Ohjaavien opettajien sekä opponentin kommentit tukivat tutkimuksen luotettavuuden arviointia. Objektiivisuutta tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan, ja tarkastelemaan aihetta mahdollisimman ulkopuolisin silmin. (Elo & Kyngäs 2008, Jootun ym. 2009, Elo ym. 2014.)

Vahvistettavuutta lisää tutkimusprosessin kirjaaminen siten, että toinen tutkija voi sen avulla seurata tutkimuksen etenemistä. Tutkijan on kuvattava valintojaan ja päätöksentekoaan siten, että lukija voi ymmärtää miten ja miksi päätökset on tehty. Tämä mahdollistaa tutkimuksen arvioinnin myös jälkikäteen. Tutkijan on pyrkinyt tekemään tutkimuksestaan läpinäkyvän ja avoimen. Etenkin

laadullisissa tutkimuksissa haasteelliseksi vahvistettavuuden tekee se, että toinen tutkija ei erilaisten todellisuuksien moninaisuuden vuoksi pääse samaan lopputulokseen alkuperäisen tutkimusentekijän kanssa. Tutkija on pyrkinyt lisäämään vahvistettavuutta kuvaamalla tulososiossa alkuperäisiä ilmauksia kuvaamaan tehtyä analyysiä ja siten pyrkinyt lisäämään lukijan käsitystä tehdystä analyysistä. Tässä tutkimuksessa prosessi on pyritty kuvaamaan niin tarkasti, että lukija voi seurata tutkimuksen etenemistä pääpiirteissään. Toisen tutkijan tekemänä lopputulos ei välttämättä olisi samanlainen yksilöiden erilaisen katsomuksen vuoksi. (Johnson & Waterfield 2004, Elo & Kyngäs 2008, Jootun ym. 2009.)

Refleksiivisyydellä arvioidaan tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan ja uskomuksistaan sekä siitä, miten hän vaikuttaa tutkittaviin, aineiston muodostumiseen, aineiston analysointiin sekä koko tutkimusprosessiin. Oman tietoisuuden ja vaikutuksen arviointia voi tehdä pitämällä tutkimuksen aikana päiväkirjaa omista vaikuttimista ja ennakkoasenteista aiheeseen, aineistoon tai analyysiin liittyen. Tämän tutkimuksen tekijällä on sidonnaisuus ensihoitotyöhön. Tutkija on pyrkinyt jokaisessa tutkimuksen vaiheessa siihen, että aineisto puhuu itse puolestaan, ja tutkija on pyrkinyt tuottamaan todenperäistä tietoa aiheesta. Tutkimuksen tekemisen yhteydessä tutkija on kirjannut päiväkirjaan ajatuksiaan, ja näiden merkintöjen avulla tutkija on voinut arvioida tutkimuksen tekemistä ja omia asenteitaan aineistoon ja analyysiin. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen aineistonkeruu tapahtui eri alueiden ensihoitopäälliköiden ja ensihoitomestareiden avulla, eikä tutkija saa tietoonsa sitä, kenelle tutkimuksen kyselylinkki on lähetetty. Täten tutkija ei päässyt vaikuttamaan aineiston syntyyn. (Johnson & Waterfield 2004, Jootun ym. 2009.)

Tutkimus toteutettiin internetpohjaisena kyselynä. Analysoinnin aikana heräsi muutamia kysymyksiä, joita olisi ollut hyvä selvittää informanteilta. Tässä tutkimuksessa siihen ei ollut mahdollisuutta, koska vastaajien yhteystietoja ei kerätty. Haastattelututkimus olisi mahdollistanut kysymyksien täydentämisen jatkokysymyksillä. Täten olisi voitu saada tarkentavaa tietoa eri aihepiireihin liittyen.

Tämä tutkimus on ensimmäinen laaja tutkimus, jonka tutkija on tehnyt. Aineisto kertyi internetkyselyn kautta, jolloin tutkija ei päässyt vaikuttamaan aineiston syntyyn, eikä vastaajia ole voitu johdatella vastauksissaan. Aikaisempaa kokemusta induktiivisesta sisällönanalyysistä tutkijalle

on muodostunut kandidaatintutkielman tekemisen yhteydessä. Tutkija on pyrkinyt käymään keskustelua kollegoiden ja ohjaajien kanssa työn etenemisestä sekä seminaareissa että yksilöohjauksessa, ja näin pyrkinyt varmistamaan tutkimuksen oikeanlaisen etenemisen ja tutkimuksen oikeanlaisen toteuttamisen.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän on kuvaillut tutkimusraportissa tutkimukseen osallistuneita ja ympäristöä. Tällöin lukijalle jää mahdollisuus arvioida tulosten siirrettävyys ja sopivuus. Tässä raportissa on kuvattu tutkimukseen osallistuneiden määrät, työkokemuksen määrä ensihoidossa, sukupuoli, osallistuneiden ikä sekä millaisissa työtehtävissä osallistujat työskentelevät. (Elo ym. 2014, Cope 2014.) Tämän laadullisen tutkimuksen kohderyhmänä toimi kolmen sairaanhoitopiirin alueilla työskentelevä ensihoidon henkilöstö, joilla on kokemusta sairaalan ulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeisestä debriefing-keskustelusta. Tulokset ovat siirrettävissä kyseisten alueiden debriefing-toiminnan kehittämiseen. Vastausprosentti jäi pieneksi tässä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa ei tavoiteltu yleistettävyyttä, vaan tarkoituksena oli tuottaa esimerkin omaista tietoa debriefing-keskustelusta ensihoidossa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tässä tutkimuksessa vastausprosentti jäi pieneksi, kuten aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu internetkyselyjen yhteydessä käyvän (Hamilton & Bowers 2006, Hunter ym. 2013). Verkossa suoritettu kysely mahdollistaa vastaajan syvällisemmän kysymysten ja vastausten pohdinnan, ja tällöin vastaaja saattaa kertoa tutkittavasta ilmiöstä sellaisia seikkoja, joita ei kasvokkain tapahtuvassa haastattelussa aina uskalleta kertoa. Internetkyselyn haasteena on tutkijan kannalta se, ettei vastauksiin voida pyytää tarkennuksia. (Hunt & McHale 2007.) Tässä tutkimuksessa on huomioitu seikka, että vastausprosentti jää pieneksi, mutta internetkyselyn avulla tavoitettiin laajempi ensihoitajien ja kenttäjohtajien joukko, joilta vastauksia oli mahdollista saada. Tutkimuksen toteuttaminen internetkyselyn avulla oli taloudellisesti edullinen tapa saavuttaa useampi vastaaja kuin perinteisellä haastattelulla (Hunt & McHale 2007).

6.3. Tutkimuksen eettisyys

Tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan eettisyyttä sen jokaisessa vaiheessa. Tutkimus suunniteltiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimuksen eettistä ennakkoarviointia ei tarvittu, koska tutkimus ei kohdistunut potilaisiin. Tutkimusluvut hankittiin jokaisesta sairaanhoitopiiristä toiminta-alueiden ylihoitajilta tai opetusylihoitajilta. Tutkimusluvut saatiin tammi-helmikuussa 2019 kaikista kohdeorganisaatioista.

Tutkimuksessa ei kajottu fyysisesti tutkittaviin, eikä heitä altistettu voimakkaille ärsykkeille (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimusta tehtäessä huolehdittiin tarkoin siitä, ettei yksikään vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Internet-kysely mahdollisti vastaajien anonymiteetin. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Internet-kyselyn linkki lähetettiin organisaatioiden esimiehille, jotka välittivät kyselyn ensihoitohenkilöstölle. Saatekirjeessä ilmaistiin mahdollisuus olla yhteydessä tutkijaan, jos kysymyksiä ilmeni. Saatekirjeessä ilmaistiin, että kyselyyn vastaaminen on tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Lääkäriliitto 2014.)

Kyselyyn vastanneiden vastaukset tallentuivat Tampereen yliopiston e-lomake-palveluun. Vastauksissa ei ole nähtävillä tutkimukseen osallistuneiden henkilötietoja, ainoastaan heidän vastauksensa kysymyksiin sekä tallennuksen ajankohta. Tutkijalla ei siten ollut tietoa vastaajien henkilöllisyydestä. Kyselyn aineisto käsiteltiin numerokoodauksen avulla. Tutkimuksen valmistuttua kyselyn aineisto hävitetään e-lomakepalvelusta ja tutkijan käytössä olevalta tietokoneelta.

Tulokset analysoitiin systemaattisesti ja tulokset on kirjoitettu ja julkaistu rehellisesti hyvää tieteellistä kirjoitustapaa noudattaen. Tutkimuksessa on viitattu toisten tutkijoiden tekemiin julkaisuihin asianmukaisesti. Lähdeviitemerkinnöin on pyritty tuomaan muiden tutkijoiden tulokset tunnistettaviksi ja jäljitettäviksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, Heale & Shorten 2017.)

Tässä tutkimuksessa on pyritty toimimaan rehellisesti, huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa pidettiin päiväkirjaa, johon palaamalla voitiin tarkistaa asioita sekä varmistaa tutkimuksen oikeanlainen eteneminen. Tutkielmassa pyrittiin kuvaamaan keskeiset käsitteet sekä ilmiö tarkasti. Tutkimusta tehdessä on pyritty rehellisesti tuomaan esiin aineistoista nousseet teemat, eikä aineistoa ole keksitty tai väärennety. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, Heale & Shorten 2017.)

Tutkijalla on eettinen velvoite julkaista tutkimuksen tulokset ja tuoda ne tiedeyhteisön sekä yleisön arvioitavaksi. Tämän tutkimuksen tulokset on raportoitu ja kuvattu mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksen analyysiprosessia on pyritty kuvaamaan tarkasti ja tuloksissa on tuotu esiin alkuperäisiä ilmauksia jotka helpottavat lukijan omien arviointien tekemistä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, Kyngäs ym. 2011, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, Elo ym. 2014.) Tutkimuksen tulokset ovat julkisesti saatavilla Tampereen yliopiston tampub-palvelun kautta.

6.4.Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

- Elvytyksen jälkeistä debriefingiä ei toteuteta suositusten mukaisesti jokaisen elvytystapahtuman jälkeen. Debriefingiä toteutettiin pääsääntöisesti tarpeen mukaan joko strukturoidun mallin tai vapaamuotoisen keskustelun keinoin, myös puhelimitse debriefing-keskusteluja oli toteutettu.
- Kaikki elvytykseen osallistuneet eivät päässeet osallistumaan debriefingiin. Etenkin pelastuslaitosten ensivastehenkilöstön osallistuminen keskusteluihin oli vähäistä.
- Debriefing-keskusteluissa käytiin läpi elvytys vaiheittain huomioiden hoitotoimenpiteet, eitekniset taidot ja elvytyksen laatu. Debriefing-keskusteluissa havainnoitiin onnistumiset, kehittämisen kohteet sekä tunnistettiin virheet.
- Debriefingin koettiin tukevan sekä yhteisöllistä että yksilöllistä oppimista ja ammatillista kehittymistä sekä ryhmän toimintaa. Debriefing vähensi ensihoitohenkilöstön psyykkistä kuormitusta.

Debriefing-toimintaa kehitettäessä tulisi jatkossa huomioida pelastuslaitosten ensivastehenkilöstö, joiden osallistuminen olisi tärkeää oppimisen kannalta. Debriefing-keskustelujen järjestämispaikkaa valittaessa tulisi huomioida ensivastehenkilöstön mahdollisuus osallistua keskusteluun. Debriefing-keskusteluille tulisi varata riittävästi aikaa. Elvytystapahtuman jälkeisessä debriefingissä olisi hyvä olla strukturoitu rakenne, joka lisää debriefing-keskustelun tasalaatuisuutta. Debriefing-keskusteluja tulisi järjestää rutiininomaisesti ja matalalla kynnyksellä. Debriefing-keskusteluissa tulisi antaa henkilökohtaista palautetta jokaiselle osallistujalle, myös kenttäjohtajalle. Järjestetyistä keskusteluista olisi hyvä koota käsitellyt asiat kirjalliseen muotoon, jotta tietoja voitaisiin hyödyntää elvytyskoulutuksissa.

6.5.Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusta olisi hyvä tehdä laajemmin siitä, kuinka eri organisaatiot järjestävät elvytyksenjälkeistä debriefingiä niin sairaalanulkopuolisessa ensihoidossa kuin sairaalan sisälläkin. Olisi hyvä selvittää, miten debriefing toteutetaan, millaisissa tilanteissa debriefing järjestetään, millaista koulutusta vetäjät ovat debriefingin vetämiseen saaneet ja onko debriefing-keskusteluista koottu kirjallisia yhteenvetoja, joilla voitaisiin selvittää organisaatiotasoisesti elvytystapahtumien kehittämiskohteita ja onnistumisia ja hyödynnetäänkö kyseisiä tietoja organisaatioiden elvytyskoulutuksissa.

Jatkotutkimusta olisi hyvä tehdä myös pelastuslaitosten ensivasteessa työskenteleville, millaisena he elvytystapahtumat kokevat, millainen tarve ja kokemus heillä on elvytyksenjälkeiselle debriefing-keskustelulle. Hyvä olisi selvittää myös ensihoidon ja ensivasteen välistä yhteistyötä tehtävillä sekä sitä, miten Suomessa on ensivasteen elvytyskoulutus organisoitu.

Mielenkiintoista olisi selvittää, käytetäänkö Suomessa video- tai äänitallenteita debriefingin tukena elvytysdatan lisänä, ja miten niiden tuominen debriefingiin mukaan muuttaa kokemuksia debriefing-keskustelusta.

7. LÄHTEET

- Abella B. 2013. The importance of cardiopulmonary resuscitation quality. *Current Opinion Critical Care* 19(3), 175–180.
- AHA. 2015. Adult advanced cardiovascular life support. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care.
<https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/part-7-adult-advanced-cardiovascular-life-support/> [luettu 30.12.2018]
- American Medical Academy. 2018. Paramedic. <http://ama.edu/paramedic/> [luettu 29.11.2018]
- American Professional Training Services. 2018. Emergency medical technician.
<http://americanprotraining.com/emergency-medical-technician/> [luettu 29.11.2018]
- Berg G, Hervey A, Basham-Saif A, Parsons D, Acuna D, Lippoldt D. 2014. Acceptability and implementation of debriefings after trauma resuscitation. *Journal of Trauma Nursing* 21(5), 201–208.
- Bleijenberg E, Koster R, de Vries H, Beesems S. 2017. The impact of post-resuscitation feedback for paramedics on the quality of cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 110(2017), 1–5.
- Carberry J, Couper K, Yeung J. 2017. The implementation of cardiac arrest treatment recommendations in English acute NHS trusts: a national survey. *Postgraduate Medical Journal* 93(1105), 653–659.
- Clark R, McLean C. 2018. The professional and personal debriefing needs of ward-based nurses after involvement in cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive & Critical Care Nursing* 47(2018), 78–84.
- Cooper S, Cant R. 2014. Measuring non-technical skills of medical emergency teams: An update on the validity and reliability of the team emergency assessment measure (TEAM). *Resuscitation* 85(2014), 31–33.
- Cope D. 2014. Methods and meanings: credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncology Nursing Forum* 41(1), 89–91.
- Couper K, Kimani P, Davies R, Baker A, Davies M, Husselbee N, Melody T, Griffiths F, Perkins G. 2016. An evaluation of three methods of in-hospital cardiac arrest educational debriefing: The cardiopulmonary resuscitation debriefing study. *Resuscitation* 105(2016), 130–137.
- Couper K, Perkins G. 2013. Debriefing after resuscitation. *Critical Care* 19(3), 188–194.
- Dismukes R, Gaba D, Howard S. 2006. So many roads: Facilitated debriefing in healthcare. *Simulation in Healthcare* 1(1), 23–25.
- Edelson DP, Litzinger B, Arora V, Walsh D, Kim S, Lauderdale DS, Vanden Hoek TL, Becker LB, Abella BS. 2008. Improving in-hospital cardiac arrest process and outcomes with performance debriefing. *Archives of Internal Medicine* 168(10), 1063–1069.

- Elo S, Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. 2014. Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open*. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Elvytys. 2016. Käypä hoito -suositus. www.kaypahoito.fi, [luettu 29.11.2018]
- Eppich W, Mullan C, Brett-Fleeger M, Cheng A. 2016. Translating lessons from health care simulation to clinical event debriefings and coaching conversations. *Clinical Event Debriefing and Coaching* 17(3), 200–211.
- European Resuscitation Council. 2018. Welcome. <https://www.erc.edu/> [luettu 29.11.2018]
- Gardner, R. 2013. Introduction to debriefing. *Seminars in Perinatology* 37 (3), 166–174.
- Grossoehme D. 2014. Research methodology, overview of qualitative research. *Journal of Health Care Chaplaincy* 20(3), 109–122.
- Gräsner J, Lefering R, Koster R, Masterson S, Böttiger B, Herlitz J, Wnent J, Tjelmeland I, Ortiz F, Maurer H, Baubin M, Mols P, Hadžibegović I, Ioannides M, Škulec R, Wissenberg M, Salo A, Hubert H, Nikolaou N, Lóczi G, Svavarsdóttir H, Semeraro F, Wright P, Clarens C, Pijls R, Cebula G, Correia V, Cimpoesu D, Raffay V, Trenkler S, Markota A, Strömsöe A, Burkart R, Perkins G, Bossaert L. 2016. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation* 105(2016), 188–195.
- Hamilton R, Bowers B. 2006. Internet recruitment and E-mail interviews in qualitative studies. *Qualitative Health Research* 16(6), 821–835.
- Heale R, Shorten A. 2017. Ethical context of nursing research. *Evidence Based Nursing* 20(1), 7.
- Hiltunen, P. 2016. Out-of-hospital cardiac arrest in Finland. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Hiltunen P, Kuisma M, Silfast T, Rutanen J, Vaahersalo J, Kurola J. 2012. Regional variation and outcome of out-of-hospital cardiac arrest (ohca) in Finland- the Finnresusci study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 20(80), doi:10.1186/1757-7241-20-80.
- Hsieh H-S, Shannon S. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15(9), 1277–1288.
- Hubner P, Lobmeyr E, Wallmüller C, Poppe M, Datler P, Keferböck M, Zeiner S, Nürnberger A, Zajicek A, Laggner A, Sterz F, Sulzgruber P. 2017. Improvements in the quality of advanced life support and patient outcome after implementation of a standardized real-life post-resuscitation feedback system. *Resuscitation* 120(2017), 38–44.
- Hunt N, McHale S. 2007. A Practical guide to the e-mail interview. *Qualitative Health Research* 17(10), 1415–1421.

- Hunter J, Corcoran K, Leeder S, Phelps K. 2013. Is it time to abandon paper? The use of emails and the internet for health services research- a cost-effectiveness and qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 19(5), 855–861.
- Hunziker S, Johansson A, Tschan F, Semmer N, Rock L, Howell M, MD, Marsch S. 2011. Teamwork and Leadership in Cardiopulmonary Resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology* 57(24), 2381–2388.
- ILCOR. 2018. About Ilcor. <http://www.ilcor.org/about-ilcor/about-ilcor/> [luettu 29.11.2018]
- Jiang C, Zhao Y, Chen Z, Chen S, Yang X. 2010. Improving cardiopulmonary resuscitation in the emergency department by real-time video recording and regular feedback learning. *Resuscitation* 81(12), 1664–1669.
- Johnson R, Waterfield J. 2004. Making words count: the value of qualitative research. *Physiotherapy Research International* 9(3), 121–131.
- Jootun D, McGhee G, Marland G. 2009. Reflexivity: promoting rigour in qualitative research. *Nursing Standard* 23(23), 42–46.
- Kessler D, Cheng A, Mullan P. 2015. Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. *Annals of Emergency Medicine* 65(6), 690–698.
- Khpal M, Coxwell Matthewman M. 2016. Cardiac arrest: missed learning opportunity. *Postgraduate Medical Journal* 92(1092), 608–610.
- Kristiansen A, Svaholm J, Karlgren K. 2013. Debriefing after in-hospital cardiopulmonary resuscitation— does it work? A literature review. *Resuscitation*. 84S(2013), S44.
- Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Kääriäinen M, Kanste O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138–148.
- Lee K. 2012. Cardiopulmonary resuscitation: New concept. *Tuberculosis & Respiratory Diseases* 72(5), 401–408.
- Lyon R, Clarke S, Milligan D, Clegg, G. 2012. Resuscitation feedback and targeted education improves quality of prehospital resuscitation in Scotland. *Resuscitation* 83(1), 70–75.
- Lääkäriliitto. 2014. Helsingin julistus. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/> [luettu 14.4.2019]
- Meaney P, Bobrow B, Mancini M, Christenson J, de Caen A, Bhanji F, Abella B, Kleinman M, Edelson D, Berg R, Aufderheide T, Menon V, Leary M. 2013. Cardiopulmonary resuscitation quality: improving cardiac resuscitation outcomes both inside and outside the hospital. A consensus statement from the American Heart Association. *Circulation* 128(4), 417–435.
- Mullan P, Wuestner E, Kerr T, Christopher D, Patel B. 2013. Implementation of an in situ qualitative debriefing tool for resuscitations. *Resuscitation* 84(2013), 946–951.

Mullan P, Cochrane N, Chamberlain J, Burd R, Brown F, Zinns L, Crandall K, O'Connell K. 2017. Accuracy of postresuscitation team debriefings in a pediatric emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 70(3), 311–319.

NHS. 2018. Your new career starts here. <http://nwascareers.com/#your-new-career-starts-here>. [luettu 29.11.2018]

O'Connor M, Cattlin S. 2018. Cardiopulmonary resuscitation and post-resuscitation care. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 19(12), 629–633.

Porter J, Cant R, Cooper S. 2018. Rating teams non-technical skills in the emergency department: a qualitative study of nurses experience. *International Emergency Nursing* 2018(38), 15–20.

Saaranen-Kauppinen A, Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus> [luettu 2.1.2019]

Sjöberg F, Schönning E, Salzmänn-Erikson M. 2015. Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 24(17-18), 2522–2528.

STM 2017a. Sosiaali- ja Terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017. Finlex. Valtion säädöstietopankki.

Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta, muistio. https://stm.fi/documents/1271139/5228951/STM_as_ensihoitopalvelusta_PM_2.pdf/4a8570a7-b7e1-40fd-8700-cb8dadd70535/STM_as_ensihoitopalvelusta_PM_2.pdf.pdf [luettu 29.11.2018]

Steen P, Kramer-Johansen J. 2008. Improving cardiopulmonary resuscitation quality to ensure survival. *Current Opinion in Critical Care* 14(3), 299–304.

Stiell I, Brown S, Christenson J, Cheskes S, Nichol G, Powell J, Bigham B, Morrison L, Larsen J, Hess E, Vaillancourt C, Davis D, Callaway C. 2012. What is the role of chest compression depth during out-of-hospital cardiac arrest resuscitation? *Critical Care Medicine* 40(4), 1192–1198.

Suomen Elvytysneuvosto. 2018. Suomen elvytysneuvosto. <http://www.elvytysneuvosto.fi/> [luettu 29.11.2018]

Sweberg T, Sen A, Mullan P, Cheng A, Knighte L, del Castillo J, Ikeyama T, Seshadri R, Hazinski M, Raymond T, Niles D, Nadkarni V, Wolfe H. 2018. Description of hot debriefings after in-hospital cardiac arrests in an international pediatric quality improvement collaborative. *Resuscitation* 128(2018), 181–187.

TE-Palvelut. 2018. Ammattinetti: Ensihoitaja. http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/15/3/223_ammatti [luettu 29.11.2018]

Tirkkonen J, Nurmi J, Olkkola K, Tenhunen J, Hoppu S. Cardiac arrest teams and medical emergency teams in Finland: a nationwide cross-sectional postal survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 58(4), 420–427.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [luettu 4.12.2018]

University of Aberdeen. 2012. Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS) System Handbook v1.0. <https://www.abdn.ac.uk/iprc/documents/ANTS%20Handbook%202012.pdf> [luettu 3.1.2019]

Vainikainen M-P. 2010. Akuutin kriisityön vaikuttavuus tutkimusnäytön valossa. Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä- Suositus hyvistä käytännöistä. *Psykologia* 45(01), 40–83.

Virkkunen I, Hoppu S, Kämäräinen A. 2011. Sydämenpysähdys sairaalan ulkopuolella. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 127(21), 2287–2293.

Wolfe H, Zebuhr C, Topjian A, Nishisaki A, Niles D, Meaney P, Boyle L, Giordano R, Davis D, Priestley M, Apkon M, Berg R, Nadkarni V, Sutton R. 2014. Interdisciplinary ICU cardiac arrest debriefing improves survival outcomes. *Critical Care Medicine* 42(7), 1688–1695.

Zephur C, Sutton R, Morrison W, Niles D, Boyle L, Nishisaki A, Meaney P, Leffelman J, Berg R, Nadkarni, V. 2012. Evaluation of quantitative debriefing after pediatric cardiac arrest. *Resuscitation* 83(2012), 1124–1128.

Zinns L, Mullan P, O'Connell K, Ryan L, Wratney A. 2017. An evaluation of a new debriefing framework: REFLECT. *Pediatric Emergency Care* 00(00), 1–6.

Liite 1. Saatekirje

Hei ensihoidon ammattilainen!

Olen terveystieteiden maisterivaiheen opiskelija, ja teen pro gradu -tutkimusta ensihoitohenkilöstön kokemuksista sairaalan ulkopuolisen elvytystapahtuman jälkeisestä palautekeskustelusta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla elvytyksen jälkeistä palautekeskustelua voidaan kehittää. Pro gradu -tutkielman ohjaajina toimivat Tampereen yliopiston professori Eija Paavilainen ja dosentti Jari Kylmä.

Tutkimuksen aineisto kerätään internet-kyselyn avulla, ja tarvittaessa aineistoa täydennetään yksilöhaastatteluin. Kyselyssä on avoimia kysymyksiä, joihin toivon sinun vastaavan. Kyselyyn vastaaminen vie aikaasi n.15-20 minuuttia.

Aineiston analysointi tehdään nimettömänä ja tulokset raportoidaan siten, etteivät tutkimukseen osallistujat ole tunnistettavissa. Osallistuminen tähän tutkimukseen on vapaaehtoista, vastaamalla tähän kyselyyn annat tietoisesti suostumaksesi osallistumisestasi tutkimukseen. Linkki kyselyyn löytyy tämän viestin alta. Kyselyyn on kolme viikkoa vastausaikaa, päättyen XX.XX.2019.

Mikäli sinulla on kiinnostusta osallistua yksilöhaastatteluun, joilla täydennetään tarvittaessa aineistoa, annathan kyselyn lopussa olevaan yhteystietokysymykseen omat yhteystietosi, josta sinut voi tavoittaa.

Kokemukset elvytyksen jälkeisestä palautekeskustelusta ovat tärkeitä toiminnan kehittämisen kannalta, joten toivoisin sinulta hieman aikaasi ja osallistumistasi tähän tutkimukseen.

Mikäli sinulla on mitä tahansa kysyttävää tähän tutkimukseen liittyen, ota rohkeasti yhteyttä!

Yhteistyöterveisin

Riikka Halmesmäki

Sairaanhoitaja YAMK, TtK, TtM-opiskelija

sposti: riikka.halmesmaki@tuni.fi

Tampereen yliopisto

Ohjaajat

Eija Paavilainen, TtT, professori

Jari Kylmä, FT, TtL, dosentti

eija.paavilainen@tuni.fi

jari.kylma@tuni.fi

puh. 03 355 111 (yliopiston vaihde)

Liite 2. Internet-kyselyn kysymykset

Kysymykset ensihoidon henkilöstölle sairaalan ulkopuolisen sydänpysähdyksen jälkeisestä palautekeskustelusta

Taustakysymykset

1. Ikä vuosina: _____
2. Sukupuoli:
 1. Nainen
 2. Mies
 3. Muu, mikä _____
3. Koulutus
 1. sairaanhoitaja
 2. ensihoitaja
 3. lähihoitaja
 4. lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja
 5. muu, mikä? _____
4. Työskenteletkö tällä hetkellä
 1. perustasolla
 2. hoitotasolla
 3. kenttäjohtajana
 4. muu, mikä _____
5. Työkokemuksesi ensihoidossa vuosina? _____

Palauta mieleesi viimeisin elvytystapahtuma johon osallistuit, ja vastaa sen jälkeen alla oleviin kysymyksiin.

6. Kuvaile elvytystapahtuman jälkeistä debriefing-keskustelua ?(Missä ja milloin se järjestettiin, kuka toimi keskustelun vetäjänä ja ketä osallistui keskusteluun, millaisia asioita käytiin läpi)
7. Jäitkö kaipaamaan jotakin elvytystapahtuman jälkeisessä debriefing-keskustelussa?
8. Mitä pidät tärkeänä elvytystapahtuman jälkeisessä palautekeskustelussa?
9. Millaista hyötyä koet saavasi debriefing-keskustelusta?
10. Miten kehittäisit debriefing-keskustelua jatkossa?
11. Millaisia ominaisuuksia debriefing-keskustelun vetäjällä tulisi olla?
12. Jätä tähän yhteystietosi, mikäli olet kiinnostunut osallistumaan tarvittaessa haastatteluun.